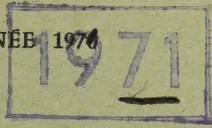


UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — PITIE - SALPETRIERE

ANNEE 1970



THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe LEDOUX

Né le 16 Décembre 1940, à Argenton-sur-Creuse (Indre)

Présentée et soutenue publiquement le

1971

L'AGRESSIVITE EN MEDECINE GENERALE

Président : M. D.-J. DUCHÉ, Professeur

PARIS — 1970

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — PITIE - SALPETRIERE

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe LEDOUX

Né le 16 Décembre 1940, à Argenton-sur-Creuse (Indre)

Présentée et soutenue publiquement le

197

**L'AGRESSIVITE
EN MEDECINE GENERALE**

Président : M. D.-J. DUCHÉ, Professeur

PARIS — 1970



A MA FEMME, A MA FILLE

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCHE

Qui m'a fait l'honneur de présider
le jury de cette thèse.

En témoignage de ma profonde et
respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOLIGNAC

A qui je dois le sujet de cette thèse,
en témoignage de ma respectueuse
reconnaissance et de ma profonde
gratitude pour son enseignement.

A l'origine de ces syndromes une agressivité plus ou moins importante, toujours contenue. Une situation conflictuelle contenue et entretenue, entraîne un état de tension émotionnelle.

Le Professeur DELAY écrit dans son introduction à la médecine psychosomatique en parlant de ces situations conflictuelles : "Pour être moins spontanés, leurs effets pathogènes n'en sont pas moins certains et ils peuvent aussi engendrer toutes sortes de perturbations fonctionnelles et même organiques. Le passage de l'émotion à la lésion n'est qu'un cas particulier d'une loi très générale, à savoir qu'un désordre du système neurovégétatif provoque des manifestations fonctionnelles qui, par leur intensité et leur répétition, s'organisent et, par le fait même s'organicisent".

Dans cette hypothèse d'un état émotionnel entraînant sur un terrain prédisposé des troubles organiques, de nombreux auteurs ont publié des études très variées pratiquement dans toutes les branches de la médecine.

Quatre cas particuliers seront étudiés ici, sous forme de quatre observations :

- Un ulcère gastrique,
- Un asthme,
- Une recto-colite hémorragique,
- Une épilepsie.

Dans l'hypothèse de l'agressivité contenue facteur de tension émotionnelle à l'origine de l'organicisation d'une lésion, et après avoir parcouru les différentes études relatives à l'agressivité, il sera intéressant de proposer un processus de guérison de ces malades. Ce processus est parfois long et passe par diverses étapes qui seront exposées plus loin.

Sa mère meurt alors en 1952 : "Cela a été une libération pour elle" affirme-t-il. Il doit alors prendre son père en charge.

Dès ce moment il accuse des troubles variés de plus en plus importants : en particulier des crises de vomissements.

On décide d'intervenir et il est pratiqué une gastro-entérostomie avec Dragstedt. Cette intervention n'amène pas de sédation mais au contraire une recrudescence importante des vomissements.

Il est alors envoyé dans une clinique spécialisée pour une cure de sommeil. Cela se passe en 1967. Pendant une durée de six mois, au sortir de sa cure, il se sent mieux mais l'ulcère est toujours là. Une nouvelle intervention est entreprise qui se termine par une gastrectomie subtotale.

Dans la même année, son père qui est traité dans un sanatorium fait une chute. Il a une fracture. Il ne se remet pas du choc et meurt en décembre 1967.

"Pour moi, dit M. L..., cela a été une libération". Les douleurs et vomissements qui persistaient encore ont d'emblée disparu. M. L... a alors 52 ans. Depuis la mort de son père alcoolique, envers lequel il éprouvait une agressivité voir une haine dont il était extrêmement culpabilisé, M. L... va bien.

Ce malade ne s'est livré que difficilement. Son état

dépressif était ancien et les causes étaient méconnues. L'agressivité envers son père était évidente pour lui. Mais il la refusait comme indigne d'un homme envers son père : très culpabilisé il ne pouvait cependant se détacher de cette agressivité.

Chaque évènement qui l'obligeait à se rappeler son père entraînait chez lui des troubles de plus en plus importants.

Son agressivité, avait été contenue, enfermée pendant de nombreuses années. La somatisation à l'estomac entretenue par les très nombreux traitements et les interventions successives était évidente.

Lorsqu'il est venu consulter, il était déprimé. Il venait d'une part pour être compris, d'autre part pour trouver un contact plus profond avec l'espoir de se raconter : M. L... a consulté pour être "déculpabilisé". Son agressivité a disparu avec le décès de son père.

ASTHME

Monsieur M.S... est marié, il a des enfants. Depuis son mariage est apparu un asthme véritable avec son cortège des signes cliniques et stéthacoustiques. Après avoir consulté de nombreux praticiens, il en est arrivé à la conclusion définitive qu'il est asthmatique.

A la première consultation, il décrit son asthme avec les différentes composantes de la crise. En particulier il déclare être très gêné pour inspirer. La définition de l'asthme : "Bradypnée expiratoire", qui lui est montrée à ce moment là le met dans l'embarras et en même temps lui redonne tous les espoirs : il n'est pas asthmatique si l'on s'en rapporte à la définition précise.

"Moi c'est à l'inspiration que je force" dit-il.

"Ce que vous m'avez dit et montré m'a remonté".

A cette même consultation, on apprend que son père, militaire, profite de l'absence de ses gendres pour avoir avec ses belles filles des conduites que M. S... qualifie de "lutinerie" mais il se reproche intérieurement de n'avoir pas été assez énergique pour défendre sa femme envers laquelle il est depuis cette découverte très culpabilisé.

L'essentiel du traitement qui lui est proposé repose sur la relaxation.

Quelques jours après le début de la relaxation il fait une crise typique avec un blocage de tous les muscles respiratoires, des râles sibilants dans les deux champs pulmonaires, le cou gonflé et les jugulaires turgescentes. Tous ces signes s'accompagnent d'une impression de panique intense.

A la séance suivante, il avoue essayer de dissimuler cette panique et ses crises à son entourage, en particulier à

sa femme et à ses secrétaires, sans succès.

Luttant ainsi contre lui même pour cacher à autrui l'existence de ces crises, il augmente sa panique et ses contractures.

Il est alors tenté une reconstitution de la crise. Replacé psychologiquement dans les conditions habituelles, il fait une crise typique, mais la panique n'existe plus.

Quinze jours environ après le début de la relaxation M. S... domine assez facilement ses crises et les maîtrise rapidement.

Plus tard Madame S... raconte l'histoire suivante qui concerne son mari :

- M. S... était jeune enfant de troupe et entra à l'école des officiers. A la fin du stage prévu pour obtenir son passage au grade d'officier, il avait une épreuve de natation. M. S... ne sachant pas nager sauta quand même dans l'eau. On dut alors le repêcher et le ranimer. Convoqué par son colonnel, il reçut une semonce et un blâme.

Peu de temps après il démissionna.

Madame S... pense qu'à partir de cette époque, on avait déjà remarqué chez Mr S... des difficultés respiratoires.

Un mois après le début du traitement toute la famille S... part en vacances dans la région habitée par Mr S... père, Mr S... a peur de rencontrer son père. Il ne rencontre que sa

soeur, mais à la suite de cela il fait une série de crises d'asthme. La fin des vacances se passe chez les beaux parents de Mr S... A la suite de disputes avec sa femme au sujet des enfants, Mr S... a de nouveau des crises.

Récemment après avoir reçu une lettre de sa soeur lui annonçant sa prochaine visite accompagnée de son père, il refait une crise.

Le jour de l'arrivée de son père, il n'est pas trop tendu. Après cette visite, il avoue être étonné lui même de l'absence de crise.

En fait ces crises sont de plus en plus localisées, au cou surtout, et apparaissent surtout le matin dans un léger fond d'angoisse. Mais elles ne sont plus aussi difficilement supportables qu'au début et ne le fatiguent plus.

Il ressort de cette observation, deux traits caractéristiques du fond psychologique de Mr S... D'une part une forte agressivité tournée vers le père, qui est à l'origine de la plus grande partie de ses crises.

D'autre part, une culpabilité due au fait de n'avoir pas réagi pour protéger sa femme, aux premières "lutinerie" de son père. Il s'est enfermé dans un système d'où il ne pouvait plus s'échapper.

A chaque manifestation qui lui rappelait la venue de son père, ou même l'existence de celui-ci, son agressivité s'exacerbait en même temps et les crises d'asthme en étaient

la conséquence directe.

La relaxation l'aide à dominer, même à contrôler et canaliser son agressivité : il recrée ses crises avec facilité, mais il est capable aussi de les arrêter lui même par la seule volonté. Il commence à se déculpabiliser.

Chez lui existait un tableau sur lequel étaient inscrites toutes les crises de la journée avec leur durée, leur intensité, leur horaire. Le relaxateur a conseillé la modification suivante : inscrire à la place des crises, les moments de forme qui sont beaucoup plus nombreux.

Mr S... a approuvé cette idée. Il accepte le renversement de la situation, le changement d'optique. Il sort de son cadre de malade.

Il n'y a dans cet asthme aucun allergène précis. Le père n'est pas perçu comme tel mais comme un adversaire, un rival même. Il a joué un rôle de substitut maternel mais s'est détaché très tôt dans l'enfance du jeune S... de cette fonction.

Il semble bien dans le cas présent que les deux facteurs allergique et psychologique ne soient pas associés dans le déclenchement de la crise. Le facteur psychologique seul est suffisant.

Mr S... replacé dans un climat psychologique de crise en fait une immédiatement. ALEXANDER dans son étude sur

l'asthme écrit :

"La crise d'asthme est un symptôme dont la cause immédiate est un spasme des bronchioles. Les observations cliniques sont concluantes. Elles nous permettent d'affirmer avec certitude qu'un tel spasme local peut être aussi bien déclenché par un facteur spécifique allergique que par un facteur affectif .. Il est très important de noter que chacun de ces facteurs à lui seul peut déclencher une crise ..."

RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE

L'observation de recto-colite hémorragique concerne une jeune femme mariée depuis six mois qui est venue consulter après avoir suivi plusieurs traitements. Les troubles persistaient. Voici son histoire :

Née dans une famille unie, elle est la seconde de deux enfants. Elle a un frère beaucoup plus âgé qu'elle.

Son enfance est heureuse, sa mère reporte son affection sur elle lorsque le fils se marie. Pendant plusieurs années, elle a dans la famille une vie de type fille unique.

Elle rencontre un jeune homme, fils unique, très attaché à ses parents. Déjà au début de leur rencontre, les relations sont parfois tendues entre les futurs mariés, car le jeune homme est indécis, sans ambition, sous l'emprise de ses parents.

La jeune fille manifeste des troubles colitiques variables. L'appartement choisi pour le couple se trouve dans l'im-

meuble des beaux parents de la jeune fille.

Dès ce moment, la recto colite apparaît. "La vie est intenable" dit-elle six mois plus tard, "ma belle mère est toujours là, c'est elle qui veut tout diriger, mon mari ne fait rien sans lui demander conseil".

- Et vos parents ?

- "Nous les voyons souvent, mais ce n'est pas la même chose. Ils habitent loin d'ici et les horaires de travail ne permettent pas de nous rencontrer régulièrement".

Le jour de la consultation, la jeune femme envisageait l'éventualité d'un retour chez ses parents. Les poussées de recto colite étaient de plus en plus fréquentes et importantes.

Un traitement spécifique associé à une psychothérapie a entraîné l'évolution suivante :

Le couple a changé d'appartement, a réalisé la nécessité de son autonomie. Le fils s'est peu à peu détaché de l'emprise de sa mère. La jeune femme devenue indépendante a vu s'espacer puis disparaître les poussées de recto-colite.

Les deux éléments du couple présentaient une immaturation importante qui les rendait dépendants de leurs parents. En fait ils étaient respectivement les victimes des couples mère-fils d'un côté, mère-fille de l'autre.

L'attachement à la mère était un facteur important qui

les bloquait dans leur maturation. L'agressivité rentrée de la jeune femme contre la belle mère possessive ne pouvait se défouler. La recto-colite allait être un prétexte pour retourner vers la mère. La jeune femme était frustrée de l'attachement de son mari : frustration ressentie comme une atteinte à la sécurité du couple.

EPILEPSIE

Le dernier cas concerne l'épilepsie.

Cette observation d'un malade jeune, 17 ans, à l'âge de sa première crise permet mieux que les autres de mettre en évidence les conséquences d'une énorme agressivité refoulée.

En premier voici l'histoire de ce malade.

A 1 an et demi, le jeune G... est atteint d'une encéphalite virale. Il fait l'objet de soins extrêmement attentifs et tout rentre dans l'ordre en quelques semaines. Mais il reste "nerveux", jusqu'à l'âge de 4 ans et chaque épisode fébrile entraîne la survenue de convulsions.

En classe ses progrès sont normaux mais il "devient un cancre" en classe de cinquième dit sa mère. Après avoir redoublé cette classe il s'acharne sur son travail. Très anxieux, il a peur des examens, il est mécontent de ses résultats, il est inquiet.

En 1968, ses parents sont appelés de par leurs fonctions à partir à l'étranger. Il doit rester à Paris pour pour-

suivre ses études. Il est recueilli par ses grands parents.

Brutalement, à l'âge de 17 ans, il fait une crise comitiale, sans perte d'urines ni morsure de la langue. Hospitalisé dans un grand service parisien, on fait le diagnostic d'épilepsie. Diagnostic confirmé par un électro-encéphalogramme. On considère cette crise comitiale comme une séquelle de l'encéphalite du deuxième mois.

Il sort de l'hôpital avec 15 centigrammes de GARDENAL par jour, des prescriptions importantes concernant le sport, la fatigue, tous les exercices physiques.

Quelques mois après un électro-encéphalogramme ne détecte plus de souffrance focalisée. L'examen est dans les limites de la normale.

Le jeune G... reste extrêmement angoissé, fatigué. Un signe de Chvostek très positif entraîne un électro-myogramme qui confirme une spasmophilie. Mais depuis quelque temps son traitement ne comporte plus que du VALIUM, du SARGENOR, du CALCIUM et du PROCALMADIOL.

En 1970, toujours extrêmement agressif, il arrive un jour très excité à la consultation : il a trouvé une lettre de sa mère destinée à ses grands parents.

Un sentiment d'incompréhension, de solitude le tenaille. Il décide alors d'écrire une lettre à ses parents. Il veut tout leur dire : son agressivité éclate, voici le texte de cette lettre :

" Chers parents,

Vous m'avez demandé ce que je pensais de l'éducation que j'avais reçu jusqu'à présent, je ne vous ai envoyé que des plans - mais je vais vous dire maintenant pourquoi j'ai fait une dépression nerveuse.

D'abord, voilà pourquoi j'ai eu un complexe d'Oedipe. Maman s'est parait-il étonnée lorsque je l'ai accusée d'en être à l'origine, voilà ma justification : vous m'aviez mis aux scouts mais vous avez refusé que je fasse des camps (spéléologie, alpinisme) parce que vous aviez peur. Tout le mal vient de là, même si j'avais moi-même de l'appréhension, il aurait été préférable de me laisser faire. Pourquoi ? Pour que le sentiment du danger exalte la virilité et le courage. Il endurecit. Ce refus qui venait de maman surtout, témoigne d'un attachement de mère poule à ses petits. Cet attachement je le reconnais, me touche et je suis content de voir que j'ai des parents qui m'aiment, mais vous n'avez pas vu que ma sensibilité s'est éveillée d'où mon attachement anormal à mes parents, à ma mère surtout, car grâce à Dieu je ne suis pas pédéraste. Voilà la vraie raison.

En somme le désir de me protéger dans un cocon m'a ému et m'a poussé à montrer ma reconnaissance avec les moyens du bord, c'est à dire l'amour anormal envers ma mère.

Tout le mal vient du fait que vous ne vous êtes pas rappelés que j'étais extrêmement sensible (vous le saviez très

bien) et que vous n'aviez pas vu les conséquences d'un refus de camp scout et du danger en général.

Pourquoi ne me suis-je mêlé de rien en mai 68 ?
je suis resté tranquillement à la maison alors que mes camarades étaient dans la rue : parce que je savais que maman crevait de trouille et que cela m'a touché.

Toujours pour la même raison je suis très sensible et émotif vous n'avez pas vu les conséquences que cela pouvait avoir. Je sais que c'est très difficile d'élever les enfants, que l'on ne peut pas mettre entre parenthèses les caractères des parents. C'est pour cela que je ne vous fait aucun reproche, je vous le signale simplement pour que cela ne recommence pas avec mes frères et soeurs.

Ce n'est pas fini sur le complexe d'Oedipe, et là je suis tout aussi responsable que vous.

Lorsque je ne fichais rien en classe de cinquième, je me souviens de ce que vous m'avez dit "N'as-tu pas honte, est-ce comme cela que l'on fait honneur à son père ?" (Toujours cet honneur sur lequel je vais m'expliquer).

Toujours la même chose, j'étais émotif et sensible, cela m'a frappé et je me suis mis à travailler et je me souviens de ce que vous me disiez souvent : "cravache cravache" mais à force de cravacher comme vous me l'avez dit, je suis tombé malade, je ne sortais pas de mon travail, je ne voyais personne

pas une fille sauf mes soeurs. Lorsque j'ai travaillé comme un fou en première, faisant tous les exercices de math et de physique de mes livres, puisqu'on m'avait dit "plus tu en fais, mieux c'est", vous n'avez pas bronché, vous étiez désolés, et c'est tout.

Là où je suis fautif c'est que je suis excessif et que je me suis entraîné moi-même, là où vous l'êtes, c'est que vous n'avez pas réagi comme il le fallait en me retenant et que vous n'avez pas pensé que j'avais un bon peu de sensibilité en moi et que j'ai avalé tout ce que vous m'avez dit, notamment les paroles "cravache cravache" en toute innocence.

Le résultat est que je ne sortais pas, que je connaissais pas une fille mais uniquement les voyoux de ma classe. Vous me disiez "Nous t'avons inscrit dans un rallye". Je vous répondais que je déclinais toutes les invitations parce que vous me l'aviez dit, le travail passe d'abord (je ne vous reproche rien là - c'est de ma faute puisque je suis excessif) que ma timidité, ce que vous ignorez est malade et que je n'osais pas me lancer. Comme vous le voyez, vous n'êtes pas responsables sur ce plan là, moi non plus, car la timidité est innée, même si elle est malade.

Voilà d'où il vient ce fameux Oedipe, puisqu'à défaut de filles, je me contentais de ma mère.

En résumé tout le mal vient de ce qui suit :

- Pour ma part être excessif
- Pour la vôtre, l'ignorance d'une sensibilité malade.

En ce qui concerne l'honneur à rendre à mon père, ne croyez pas que cette idée me soit venue toute seule.

Vous m'avez rabattu les oreilles, lorsque je ne fichais rien avec l'exemple de mon père et de mon grand père qui étaient sortis premiers de Sciences-Po, de mon oncle sorti dans les premiers de Normale-Sup. Vous me disiez "N'as-tu pas honte avec une famille pareille de ne rien faire en classe, tu devrais leur faire honneur en t'appliquant". Ce n'est pas tombé dans l'oreille d'un sourd mais dans celle d'un personnage dont vous ignoriez la sensibilité, qui a tout avalé et pour qui cette idée d'honneur est devenue une obsession.

Lorsque dans vos dernières lettres vous me demandiez : "Par pitié, sépare-toi de cette idée d'honneur" vous ne vous souveniez plus de ce que vous m'aviez dit autrefois, vous ne vous êtes pas rendu compte que la sensibilité existait en moi, même lorsque j'étais un vaurien et vous n'avez pas vu tout ce que ceci pouvait avoir fait à longue échéance.

Une dépression nerveuse. Ne croyez pas que je vous en veuille loin de là, je ne fais que m'exprimer et de répondre à votre question : "Que penses-tu de ton éducation". Je pense que tout ceci peut vous ouvrir des horizons que vous n'auriez pas vus peut-être et que cela servira pour mes frères et soeurs.

Imaginez que je me mette dans l'idée de sortir premier de Sciences-Po, si j'y entre, sous prétexte que père et grand père en sont sortis premiers, cela risque de faire du joli s'il faut que je m'amuse à maintenir l'honneur de la famille de cette façon.

Le jour où j'arriverai à me fiche de ces histoires de premier, c'est à dire le jour où cette idée d'honneur me sera sortie de la tête, un grand pas sera franchi. Il ne suffit pas de se tourner les pouces pendant trois mois d'arrêt de travail pour guérir. Il faut employer les grands moyens à savoir la psychothérapie . D'autant plus que cette psychothérapie arrivera peut-être à me rendre plus sociable moins timide plus dragueur et pourra démolir en partie cet orgueil épouvantable qui m'étreint.

Je reviens un peu en arrière. Vous pourriez me dire que j'aurais pu réagir avant, réfléchir et me sortir de cette idée d'honneur. Je vous répondrai que dans un premier temps (cinquième, quatrième, troisième) je n'avais pas la maturité suffisante pour réfléchir et que dans un deuxième (seconde, première) je n'avais plus le temps de réfléchir car j'étais polarisé sur l'idée du travail à fournir pour réussir le bac et que tout passait après, réflexion, santé, amusements, tout cela parce que je suis excessif et que vous n'avez pas réagi comme il l'aurait fallu à savoir m'obliger à m'arrêter à me distraire, vous vous êtes simplement contentés de vous affliger

lorsque je ne sortais pas et c'est tout, c'était absolument insuffisant pour quelqu'un de polarisé en partie à cause de ses parents qui lui ont bourré la tête avec la question d'honneur pour le travail.

La troisième raison de la dépression la voilà : je me souviens d'une soirée à Saint Gildas (j'avais alors 17 ans) où j'avais piqué une colère contre la ségrégation qui régnait entre parents et enfants. J'étais sorti de la salle fou furieux et en larmes, maman m'a couru après et je me souviens de ses paroles : "Tu n'es pas encore un homme mais tu n'es plus un enfant". J'étais donc un adolescent qui a besoin d'épanouissement de contacts sérieux avec ses aînés. Voilà ce qui m'a été refusé. Maman, bonne comme elle l'est, m'emmenait lorsque la classe ou plutôt la caste des parents allait se promener mais je ne rencontrais qu'hostilité de la part de son espèce de sale chipie de soeur, partisane de cette ségrégation. Elle a influencé maman et elles étaient là toutes les deux l'une gueulant, l'autre à sourire (toi maman) influencée par sa soeur et me montrant de l'hostilité. Ce n'est pas comme cela que l'on éduque ses enfants. Par Zeus ! Lorsqu'ils s'épanouissent, il ne faut pas les repousser de la classe à laquelle ils aspirent, c'est à dire celle des adultes, sinon ils se sentent brimés refoulés, sans compréhension. Voilà pourquoi je garde une rancune contre cette salope de F... qui d'ailleurs continuait son cirque l'an dernier. Qu'elle s'avise de recom-

mencer maintenant et je lui en sorts de toutes les couleurs avec sa façon d'agir envers les adolescents.

Voilà à quoi cela mène l'esprit de caste. Heureusement que vous ne l'avez pas vous.

Je suis incapable de faire autre chose. Avouez que c'est malheureux d'en être arrivé là, (ce qui n'est pas de ma faute, encore une fois), alors que je suis dans la partie qu'on dit être la plus belle de la vie et que j'ai l'air d'un débile et d'un impotent qui commence à se réveiller après des années de léthargie dues à l'abrutissement, et à qui l'esprit de réflexion revient après quelques années de sommeil.

Vous irez me dire que je faisais des dissertations de philosophie convenables, l'an dernier, et que, en conséquence j'étais en possession de mon esprit critique et de mon esprit de réflexion. Je vous demanderai de vous rappeler l'an dernier. C'est papa qui me faisait mes plans de dissertation et me donnait les idées principales. Les autres j'allais les chercher dans mon bouquin. Au bac, je n'avais pas d'écrit de philo, je n'avais qu'un oral et j'ai été obligé de tout apprendre par coeur, là ma mémoire n'a pas flanché, elle n'a flanché qu'en maths et en physique où je méritais plus que le 10 que je me suis récolté. C'est pour cela que je n'ai pas eu ma mention bien. Je ne travaillais pas intelligemment, je travaillais par ma mémoire qui m'est restée assez fidèle. Je ne pouvais pas faire autrement puisque mon esprit de réflexion et mon esprit critique étaient en grande partie frustrés depuis

des années. Je m'étais réduit à l'état d'une bête de somme (heureusement qu'il me restait un peu d'intelligence). La bête de somme n'avait d'ailleurs pas disparu au début de l'année en maths sup. et même en fac. C'est pour cela que je me suis cassé la gueule.

La bête de somme est née tout simplement par la traumatisation si vous y réfléchissez bien. (D'ailleurs je vous l'ai dit plus haut). Elle n'est pas morte, d'ailleurs c'est pour cela qu'il faut que je ne fiche rien et que je la tue d'une façon ou d'une autre par la psychothérapie, mais elle ne m'aura pas en cinq minutes car elle est puissante et j'ai de la difficulté à m'en débarrasser, c'est évident depuis le temps qu'elle est venue se substituer à ma personnalité par tout le blabla que vous m'avez fait autrefois, que vous n'avez pas fait à Virginie (peut être car elle a toujours donné satisfaction, et que le travail est moins important pour une femme que pour un homme).

Maintenant que je vous ai dit tout ce que j'avais dans le crâne depuis des années, ne vous avisez pas de "battre votre coulpe". Cela ne sert à rien. Il faut se tourner vers l'avenir, rien ne sert de se lamenter sur le passé, ce qui est fait est fait. Je crois avoir tout dit dans la plus grande sincérité, n'en soyez pas froissés. Il est possible qu'il me reste quelque chose sur la patate, mais pour l'instant je ne vois pas quoi. Je vous le dirai, rassurez-vous. Je ne pense pas que tout ce que je vous ai dit reflète la pure vérité, n'est-ce pas ?

Surtout ne croyez pas que mon amour pour vous en soit altéré. Il n'en est rien, car l'amour d'un fils pour ses parents ne se détruit pas pour cela. Mais j'espère qu'ainsi il s'établira enfin des dialogues qui ne seront plus des dialogues de sourds et que vous saurez dorénavant comment il faut vous comporter avec moi, et ne plus m'envoyer des lettres plates sans beaucoup d'intérêt, ce n'est pas ainsi que je guérirai, soyez en certains. J'ai besoin de compréhension et de sincérité dans mes relations".

Le jeune G... ne supportait pas l'échec. Il ne pouvait envisager de ne pas réussir très brillamment. Il prépare le concours d'entrée à Sciences Politiques. Il y a quelques jours, en Septembre, il vient annoncer son échec, détendu, calme, conscient. Parallèlement les relations avec ses parents s'améliorent. Il participe à un groupe de psychothérapie et vient régulièrement faire part de ses progrès. De moins en moins agressif, sans la moindre menace de crise comitiale depuis deux ans, il a pour tout traitement du VALIUM 2 et du CALCIBRONAT.

Le père de ce jeune homme est diplomate et a fait des études très brillantes, son grand père a été également très brillant. Le fils et le petit fils se devait dans l'optique familiale d'être aussi brillant que ses aînés.

Enfant fragile dans son plus jeune âge, il a été levé dans un "cocon", choyé par sa mère très inquiète. Ses relations avec le monde extérieur n'existaient pratiquement pas.

Son échec en cinquième a été interprété comme une conséquence de son manque de travail assidu: "cravache cravache" lui répétait-t-on sans cesse.

Presque séquestré par sa mère, il n'a pu commencer à se libérer que très tard de son oedipe.

Admirant son père comme un modèle qu'il fallait suivre, il s'est transformé en bourreau de travail.

Mais au fond de lui même angoissé, par une vie qu'il considérait à juste titre comme intenable, il a emmagasiné une agressivité énorme contre son milieu, ses parents. Contenue pendant plusieurs années, cette agressivité a fait de lui un être instable, tendu, anxieux. Le jour où ses parents le quittent, la tension est trop forte, et ce jour là se produit la première crise comitiale.

C H A P I T R E I I

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

B I B L I O G R A P H I E

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

A - ULCERES GASTRIQUES ET DUODENAU

Nombreuses sont les publications qui ont trait à la pathologie gastrique dans le cadre de la médecine psychosomatique.

Il est essentiel de rappeler les expériences de S. WOLF et HG. WOLF qui en 1942 étudièrent la fonction sécrétoire de l'estomac d'un sujet gastrectomisé en fonction de certaines "émotions".

Deux constatations s'imposèrent de suite :

- L'évacuation du repas standard était accélérée par l'anxiété, les ressentiments, l'agressivité.
- La peur au contraire ralentissait cette évacuation.

WOLF et WOLF précisent ensuite certains phénomènes observés en dehors d'une période digestive :

- En observant l'estomac lui-même, ils remarquèrent une exacerbation de certaines fonctions, en particulier :
 - sécrétion acide,
 - vascularisation,
 - motilité

à l'évocation des mets agréables; mais aussi lorsque le sujet était anxieux, plus encore au cours des "situations conflic-

tuelles" provoquant une réaction hostile, un désir inassouvi d'agression, la sécrétion était alors triple de la normale.

- Allant plus avant, ils conclurent que ;

.. d'une part la prolongation de ces effets déjà cités, pouvait aboutir à des modifications de la muqueuse gastrique comparables à celles observées dans les gastrites.

.. d'autre part un traumatisme insignifiant sur une muqueuse devenue vulnérable pouvait provoquer une érosion minime.

Cette érosion au contact du suc gastrique était susceptible de conduire à la longue à la formation d'un ulcère peptique.

MARGOLIN publia en 1950 dans la "société psychanalytique de New York" une observation originale.

Sa malade fut suivie pendant deux ans et demi en analyse classique. A la suite de l'ingestion d'un caustique, elle présentait une large fistule permettant la vue de la muqueuse gastrique et même son appréciation digitale.

Une équipe de physiologistes suivait en même temps la malade indépendamment du psychanalyste.

Le psychanalyste put faire des prévisions qui se montrèrent exactes concernant l'état de synchronisme ou de dissociation des fonctions gastriques.

Ce travail de psychosomatique expérimentale prouvait de façon irréfutable la relation directe entre les données psy-

chanalytiques et les confirmations scientifiques.

D'autres études faites par BIRO et JAVAL à l'aide de tests de Rorschach et sur plusieurs années ont montré chez des sujets des atteintes gastriques une fréquence particulière de comportements d'agressivité - passivité, d'agressivité - dépendance et des problèmes sexuels, par contre l'insertion sociale apparaissait variable.

A côté de ces études différentes théories ont été élaborées dans le cadre de la médecine psychosomatique :

- La théorie cortico viscérale, dans laquelle la naissance et l'évolution de la maladie ulcéreuse dépendent du cortex cérébral.

Les changements qui interviennent dans l'activité nerveuse supérieure sont responsables à la suite des conflits excitants intéro et extéroceptifs de la création d'une intégration pathologique des divers organes.

- Dans la théorie existentielle, ce sont des situations existentielles récentes qui peuvent donner naissance à des ulcères quand elles ravivent ou créent la tendance à la saisie des objets d'appropriation et de digestion des choses.

- Les théories plus récentes sont issues de la psychanalyse.

Parmi celles-ci, quatre tendances sont à dégager :

celle d'ALEXANDER, de MARTY et FAIN, de DE M'UZAN et de GARMA.

- . La théorie de GARMA est celle de "la mère mauvaise internalisée, agressive sur le plan digestif, agissant chez un sujet en régression instinctuelle orale digestive".
- . DE M'UZAN distingue quatre types dans les malades.
Un stade I, qui correspond à un type hyperactif.
Un stade II, équilibré.
Un stade III, instable chez lequel la dépendance alterne avec l'agressivité envers l'investigateur.
Un stade IV, passif, type désadapté social qui vit dans une famille disloquée ou assumée par la femme.
Ce malade présente des manifestations anxieuses et dépressives et recherche un soutien auprès de l'investigateur.
- . L'ulcéreux pour MARTY et FAIN rejette les situations de dépendance et "passe continuellement du refus de castration au refus de frustration".
- . Enfin ALEXANDER pour diverses atteintes et en particulier l'hyperactivité gastrique élabore ce qu'il appelle des "schèmes spécifiques".
La frustration des désirs oraux captatifs entraîne des réponses orales agressives donc culpabilité anxiété, puis surcompensation de l'agressivité orale et de la dépendance par la réussite dans une activité pleine de responsabilités, et un accroissement réac-

tionnel d'un désir inconscient de dépendance qui produit en dernier une hypersécrétion gastrique.

Certaines de ces théories ont été critiquées récemment, comme celle de GARMA au dernier congrès de médecine psychofonctionnelle en 1970 par M DE M'UZAN. Ce dernier réfute la théorie du "fantasme pathogène" de Angel GARMA, ce fantasme pathogène étant celui d'une mauvaise mère incorporée qui dévorait le sujet de l'intérieur.

Pour M DE M'UZAN, le fait en psychanalyse que certains sujets rapportent des fantasmes tels que celui-ci traduit au contraire un mouvement de guérison prouvant alors que "les conflits du sujet sont intégrés, manipulés cette fois au niveau mental dans une histoire, dans une fantasmatique et non plus vécus directement en quelque sorte dans l'organisme".

Mais toutes ces théories font appel d'une manière plus ou moins précise à un système alternant entre dépendance et agressivité :

"Le seul fait d'avoir une maladie organique est un facteur important dans la vie émotionnelle car il justifie la régression à une attitude de dépendance infantile", écrit ALEXANDER.

De toutes ces théories parfois contradictoires plusieurs éléments doivent être retenus :

- L'existence d'une corrélation évidente entre les

données psychologiques et les fonctions gastriques.

- Le balancement entre la dépendance et l'agressivité.
- La somatisation facile, sur un terrain prédisposé, au niveau de l'estomac.

Un point universellement admis est le suivant :

Les facteurs affectifs ont un rôle important dans l'étiologie de l'ulcère gastrique. MIRSKY en mesurant l'élimination d'uropepsine dans les urines, a constaté que la variation de ce taux était parallèle à la variation de la sécrétion gastrique. Pendant deux ans, chez des ulcéreux et des malades atteints d'autres troubles, il n'a pas constaté de relation directe entre la sécrétion gastrique et la colère, la haine ou la frustration. Mais d'après ALEXANDER, il a été noté une "corrélation positive entre l'augmentation et l'élimination d'uropepsine et la mobilisation des désirs oraux-captatifs, ainsi que d'incorporation, quand ceux-ci étaient inconscients. Quand le sujet était conscient de la colère ou du ressentiment, ou bien quand il rencontrait des signes évidents d'une forte anxiété, l'étude du matériel psychologique révélait nettement que la mobilisation des désirs du sujet d'être aimé, et protégé de la crainte de perdre ses relations de dépendance, étaient des facteurs essentiels d'où résultait une augmentation de l'activité gastrique".

Dans le cas présenté de M. L... on retrouve une dépendance importante et un balancement très nets de la dépendance

à l'agressivité. Ses somations se manifestaient de deux façons : d'un côté la poussée ulcéreuse, de l'autre le retranchement dans un état dépressif. Partagé entre le devoir et la haine, il trouvait dans la dépression un moyen de fuite du réel, d'oubli de ses soucis; il n'était plus responsable. A la mort de son père, sa "responsabilité" n'avait plus d'objet, et du même coup sa haine n'avait plus de sens. Mais le sentiment de culpabilité a maintenu pendant de longs mois M. L... dans un état de refus de la communication.

ASTHME

D'après ALBY et WOLFROMM l'allergie respiratoire peut se définir comme "l'état d'un sujet sensibilisé à une substance appelée allergène et qui réagit de façon exagérée à son introduction dans l'organisme".

PASTEUR VALLERY RADOT ajoutait :

"Même quand les crises d'asthme sont provoquées par un allergène auquel le sujet est sensibilisé, il semble bien que l'allergène ne soit pas toujours le seul élément dans l'étiologie des crises. Il faut souvent que s'y ajoute une cause seconde, un état somatique particulier ou encore un facteur psychologique".

Il semble donc que l'asthme ne soit pas une maladie à entité organique et pour confirmer cette hypothèse, il suffit

de rappeler l'observation des "cliniques" de TROUSSEAU :

"L'attaque d'asthme la plus sévère que j'aie jamais éprouvée s'est produite dans les circonstances suivantes : je soupçonnais mon cocher de quelques infidélités; pour m'assurer du fait, je montai un jour dans le grenier ou je fis mesurer devant moi la provision d'avoine. En me livrant à cette opération je fus pris tout à coup d'un accès de dyspnée et d'oppression tel que j'eus à peine la force de regagner mon appartement; mes yeux hors des orbites, mon visage pâle et tuméfié exprimaient l'anxiété la plus profonde. Je n'eus que le temps de me débarrasser de ma cravate, de me précipiter vers la fenêtre et de l'ouvrir pour chercher un peu d'air frais. Habituellement, je ne fais pas usage du tabac je demandai un cigare dont j'aspirai quelques bouffées; huit à dix minutes après cet accès était calmé.

Qu'est-ce qui l'avait occasionné ? C'est assurément la poussière de l'avoine qu'on avait remuée et qui avait pénétré jusque dans mes bronches, mais assurément aussi, cette poussière n'avait pas suffi à elle seule pour déterminer cet extraordinaire accident ou du moins la cause était hors de proportion avec l'effet produit. Cent fois, dans les rues de Paris, sur nos boulevards, cent fois sur les grandes routes, je m'étais trouvé dans une atmosphère de poussière bien autrement épaisse que celle que j'avais un très court instant respirée, et jamais cependant je n'avais rien éprouvé de sembla-

ble. Il avait donc fallu que cette cause eut quelque chose de spécial; elle m'avait en outre surpris dans des circonstances particulières. Sous l'influence de l'émotion morale que déterminait chez moi l'idée d'un vol domestique quelque peu important que fut ce vol, mon système nerveux était ébranlé et une cause très petite en elle même avait agi sur lui avec une excessive intensité".

CAIN, DINARD, CHARPIN, et KOURILSKY ont essayé de tirer de leurs études un profil psychologique de l'allergique en étudiant les troubles psychiques dans leurs relations avec les allergiques.

En fait une notion apparente de plus grande fréquence de ces troubles chez les allergiques n'a pas permis de déterminer des traits de personnalité spécifiques.

Pour MILLER et BARUCH, le rejet maternel est évident et serait caché par des attitudes de compensation, en particulier de ce qu'ils appellent "surprotection", l'agressivité de l'enfant asthmatique serait née de la frustration affective.

La personnalité du père joue un rôle important, par son influence sur la mère mais plus souvent par sa "carence en tant que personnage viril". Il joue parfois le rôle de substitut maternel.

ALEXANDER enfin distingue pour sa part une "constellation psychologique centrale" tirée de l'ensemble des facteurs émotionnels.

- "Le facteur psychodynamique essentiel est un conflit dont le noeud est un attachement non résolu à la mère".

Il dégage ensuite des traits de personnalité qui sont des mécanismes de défense :

- "Un type agressif, ambitieux, raisonneur, audacieux ...".
- Un type hypersensible, artiste.

Mais comme CAIN, DINARD, CHARPIN et KOURILSKY il ne trouve pas de profil psychologique et affirme même "un tel profil n'existe pas". Parmi les facteurs déclenchants de la crise, se trouvent tous ceux "qui menacent le sujet de séparation d'avec la mère protectrice ou d'avec son substitut". Et même à la limite des "impulsions hostiles dirigées contre l'objet aimé peuvent menacer également l'attitude de dépendance et provoquer une crise".

ALEXANDER estime enfin que le facteur allergique et le facteur psychologique coexistent souvent. L'un et l'autre peuvent à eux seuls provoquer une crise. Cependant plus fréquemment c'est l'association des deux facteurs qui permet de dépasser le seuil critique et ainsi d'entraîner l'apparition de la crise. A la limite il pense qu'en supprimant un de ces deux facteurs on supprime du même coup la possibilité de crise.

Il va même plus loin en ébauchant l'hypothèse d'une identité d'origine entre les deux facteurs "sensibilité ou traumatisme de séparation" et sensibilité à des allergènes.

En conclusion, il est évident pour tous les auteurs qu'un facteur psychologique entre en jeu. Que ce facteur soit une émotion quelconque ou un choc émotionnel plus précis, il semble être admis et exister réellement.

Et le Professeur DELAY cite l'observation de MACKENZIE qui en 1886 avait obtenu une crise d'asthme par le mécanisme de ce qu'il appelait "l'émotion morale". La crise d'asthme avait été déclenchée chez un asthmatique sensible à l'odeur des roses par une rose artificielle qu'on lui faisait sentir.

RECTO COLITE HÉMORRAGIQUE

En dehors de la classique forme aiguë exceptionnelle qui se caractérise par un syndrome dysentérique avec évacuations hémorragiques multiples et qui en entraînant rapidement une altération profonde de l'état général aboutit à la mort, il est une forme subaiguë évoluant par poussées avec de longs intervalles de santé apparente.

Dans cette dernière forme, la pathologie est imprécise et incertaine. Parmi les éléments pathogéniques, il existe en dehors des infections, perturbations endocriniennes, pneumonies allergiques, carences vitaminiques, des désordres psychiques, et nombreux sont les cas de recto colite hémorragique ou les lésions ont disparu à la suite de traitements non spécifiques.

Cette maladie pose encore de nombreux problèmes et sur le plan psychologique diverses explications ou tentatives d'éclaircissement ont été faites.

CAIN, SARLES et BONNEL ont remarqué une alternance entre les poussées psychotiques et les épisodes de la maladie. D'autre part le déclenchement des accès de recto-colite est souvent émotionnel.

Parmi les facteurs émotionnels on retrouve les conflits qui entraînent une frustration récente comme une atteinte à la sécurité personnelle.

Le milieu familial est souvent perturbé : la mère est très possessive. L'agressivité du malade s'y trouve emprisonnée.

- KARUSH estime que les états schizoïdes sont associés à cinquante pour cent.

- SPERLING trouve à côté des cas de recto-colite hémorragique de nombreux accidents psychotiques.

- Enfin divers syndromes s'y trouvent liés en particulier des troubles du rythme, des dermatites, de l'asthme.

- GROEN a étudié plus particulièrement la personnalité de ces malades.

Il y trouve une prédominance de personnalités intelligentes et cultivées, avec une méticulosité scrupuleuse qui confine à la structure obsessionnelle.

Pourvus d'une sensibilité extrême, ils ont une attitude hésitante, un égocentrisme très marqué. Ils manifestent une passivité nette malgré une façade d'ambition. Ils ont besoin de protection. Surtout leur agressivité foncière est très refoulée. Leur fixation à la mère est normalement forte.

- ALEXANDER y voit deux facteurs affectifs nets dans le développement de la maladie et dans les rechutes.

"Le premier est la frustration de la tendance à accomplir une obligation que celle-ci soit d'ordre biologique, moral ou matériel.

Le second est la frustration d'une ambition dans le cas où la réalisation de celle-ci exigerait une dépense concertée d'énergie".

- MELITA SPERLING reconnaît dans cette maladie la "dramatisation somatique" de la mélancolie. Les désirs agressifs de l'enfant ne peuvent s'exprimer que sous forme de culpabilité ou de symptômes.

De ces diverses études parmi lesquelles certaines sont d'inspiration psychanalytique, on peut tirer plusieurs éléments concordants : Une organisation émotionnelle de type régressif prégénital, écrit ALEXANDER, et aussi une dépendance très forte et presque anormale à l'égard de la mère.

D - EPILEPSIE

L'épilepsie a fait l'objet d'études récentes et en particulier d'études électroencéphalographiques, cliniques et psychologiques. Les études faites par FLIDHERBE-ROGER, GREY REGIS et LOB traitaient des facteurs et situations psychologiques sous tendant l'auto stimulation chez l'épileptique.

Diverses étiologies de la crise étaient proposées, en particulier pour l'épilepsie réflexe, qui était considérée comme une fuite devant une situation conflictuelle.

Pour LAIRY c'est l'épilepsie musicogénique qui constitue le "meilleur exemple des crises post afférentielles liées à des stimuli qui n'agissent que lorsqu'ils ont déterminé un état affectif particulier".

L'épilepsie musicogénique peut être une manifestation due à l'agression musicale elle-même, mais aussi le sujet est susceptible si on rejoint les phénomènes d'auto-stimulation décrits plus haut d'utiliser la musique comme facteur déclenchant.

POND et de AJURIAGUERRA ont distingué une épilepsie pseudo-névropathique : la crise surviendrait à la suite,

- d'un évènement terrifiant,
- d'une perturbation du travail scolaire qui aurait éveillé chez le sujet un sentiment de culpabilité intense et s'adressant à la mère.

Dans ce cadre d'une épilepsie pseudo névropathique ils trouvaient surtout des enfants ayant un comportement agressif ou impulsif.

On a même décrit des alternances entre l'épilepsie et les épisodes psychotiques (HEY), ou les névroses (telle l'hystérie) ou la névrose obsessionnelle (BOUVIER, HEUYER, LEBOVICI).

En fait il faut revenir aux études de C. LAIRY en 1955 pour avoir une idée plus précise de ce que l'on appelle la "décharge convulsive réactionnelle".

Cette décharge convulsive qui pourrait bien être une crise comitiale n'est pas uniquement liée à des désordres névrotiques ou psychotiques. Des études ont montré que des cerveaux de gens considérés comme normaux sont souvent le siège d'activité électrique de type comitial alors qu'aucune crise comitiale n'apparaît.

Pour LAIRY entre en jeu un autre élément de l'activité corticale qui n'est pas un élément hautement perturbateur, c'est un élément qu'il appelle "système aspécifique" par opposition aux systèmes spécifiques des fonctions de relation.

Ce système "a-spécifique" "règle l'activité corticale dans sa totalité" et de lui "dépendent entre autres les états de conscience".

On avait déjà reconnu bien avant lui cependant la possibilité d'une afférence psychologique qui agissant sur un seuil de sensibilité anormale entraînait une crise typique.

En effet, il faut rappeler l'observation du Professeur LHERMITTE (1946). Il s'agissait d'un blessé de la première guerre mondiale. Blessé en 1917, amputé un peu plus tard au tiers supérieur de la cuisse, il avait une sensibilité extrême du moignon et la simple pression de ce moignon entraînait aussitôt une crise d'épilepsie réflexe.

Diverses opérations se sont succédées pendant plus de vingt ans, le malade devenu "agressif, violent en paroles ... exclusivement concentré sur son membre fantôme et obsédé par les sensations qu'il prétendait y ressentir".

Ce malade s'était enfermé dans sa maladie, bloqué sur son moignon et par là même sur ce qui permettait de témoigner et d'exacerber toute son agressivité. Homme diminué, il n'admettait pas inconsciemment d'être amputé.

Déjà à cette époque le Pr. LHERMITTE était persuadé de la nécessité de la psychothérapie : "la psychothérapie fut utilisée dans ce cas et cela fut un succès total".

FREUD dans sa conception psychanalytique de la psychogénèse de l'épilepsie suppose l'existence d'un "mécanisme organiquement préformé de décharge instinctive anormale".

Le mécanisme de la crise ferait donc partie de l'organisation cérébrale et ce mécanisme ne serait déclenché que dans des circonstances particulières.

- "Tant dans les troubles de l'activité cérébrale à la suite d'affections tissulaires ou toxiques graves que dans les déficiences de la maîtrise de l'économie psychique... Nous supposons que derrière cette double motivation existe une identité de mécanismes de base de la décharge instinctive".

Et il explique ainsi la genèse des crises épileptiques de Dostoiewski :

Lorsque l'écrivain était jeune, bloqué par son oedipe, il avait une haine féroce pour son père. Il manifestait son agressivité par un état dépressif important et parfois des crises de léthargie. Mais lorsque son père fut mort, les crises de léthargie se transformèrent au contraire en crises épileptiques.

Ainsi FREUD pense que la finalité de l'accès est de décharger par voie somatique de l'excitation dont l'élaboration ne peut être maîtrisée par voie psychique.

Cette excitation non maîtrisée irait donc déclencher le mécanisme pré-établi afin de libérer en quelque sorte une soupape de sûreté. L'excitation ainsi assaille le malade qui se défend immédiatement. La crise est là pour diminuer la

tension trop forte. Quelles sont donc ces excitations ?

GREENSON parle de pulsions agressives réprimées qui agissent sur un centre cérébral hypersensible et provoquent ainsi des décharges de type archaïque.

Le philosophe ALAIN écrit : "L'homme est étrangement assiégé, couleurs, odeurs, bruits, contacts ne cessent de se précipiter par les portes de l'homme, si il tient audience ouverte, il est perdu".

Il est perdu, c'est à dire il est incapable de supporter toutes ces excitations qui l'assaillent, et qu'il ne peut maîtriser.

Il est préférable de dire avec LAIRY que "l'on peut murer la porte, et c'est ce que nous cherchons à faire en donnant du GARDENAL. Mais plutôt que de l'enfermer en lui-même, ne vaut-il pas mieux aider cet homme à maîtriser ses assaillants et à en faire ses alliés ? "

Enfin, HEILBRUNN a noté un attachement passif à la mère chez les épileptiques. Cet attachement répond à un intense besoin de satisfactions narcissiques qui est lui-même une réaction logique à la faiblesse inhérente du moi.

Attachement passif à la mère, ou comportement impulsif et agressif, sujet assailli par de multiples incitations extérieures ou intérieures avec l'impossibilité de les intégrer ou de les contenir, tels sont en définitive les principaux

aspects qui caractérisent la personnalité épileptique avec toute la faiblesse du moi qui la caractérise.

CHAPTER III

Interval: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99

L'EVOLUTION

[illegible]

AGRESSIVITE DU MEDECIN ET DU MILIEU

Comment faire évoluer ces malades, c'est à dire, comment essayer de les guérir ?

Il est évident que le premier traitement est d'ordre somatique. Un examen clinique approfondi aidé au besoin d'examen complémentaires est nécessaire d'une part pour diagnostiquer la lésion, d'autre part pour entreprendre immédiatement un traitement.

ALEXANDER écrit dans son livre "La médecine psychosomatique" : "il va de soi que le premier devoir est de soigner les symptômes locaux, dans tous les cas où ils exigent un traitement immédiat ... il faut donner la priorité à ces mesures d'urgence sur les moyens psychothérapiques, qui visent les facteurs étiologiques fondamentaux et sont de longue durée".

Sans tomber dans l'excès inverse qui consisterait à rattacher systématiquement des atteintes somatiques à une étiologie psychologique, il est nécessaire, souvent pour soigner les malades de les connaître au delà de la maladie qu'ils présentent.

Pour que le malade dépasse son stade de maladie, il faut qu'il évolue, c'est à dire qu'il accomplisse lui-même sa maturation : cette maturation consistera dans le cadre de l'agressivité, en une prise de conscience de son moi propre avec tout ce que cela comporte de difficultés et d'embûches; il s'impliquera lui-même dans sa guérison.

L'agressivité du malade n'est cependant pas seule en cause : l'agressivité du médecin d'une part, celle de son milieu d'autre part, sont des éléments perturbateurs d'une bonne maturation.

L'agressivité du médecin peut se manifester de diverses manières. Le Pr. KLOTZ disait récemment en parlant des médecins et des collaborateurs : "Quand ils me disent de mon malade que c'est un fonctionnel, cela veut dire "il n'a rien et je le ferai sortant demain", et il ajoutait, "en réalité le malade a quelque chose, mais il a quelque chose qui est encore au stade du micro-lésionnel et du réversible".

En effet, le malade a quelque chose, et s'il vient consulter un médecin, sa maladie n'entre pas forcément dans le cadre précis de la nosologie courante.

Le rejet systématique du malade qui n'a pas de lésion évidente est bien une forme d'agressivité de la part du médecin.

Une autre attitude est celle du paternalisme bienveillant qui consiste à rassurer la malade et à attribuer ses troubles

à une manifestation morbide.

Le médecin en même temps qu'il se rassure lui-même, ne s'implique plus dans la guérison de son malade : c'est là une autre forme du rejet. La psychothérapie par la suggestion ainsi utilisée a été battue en brèche par la conception Freudienne : on enferme plus le symptôme dans l'inconscient mais au contraire, on exige la prise de conscience réelle de ses origines profondes et inconscientes.

Une autre forme d'agressivité de la part du médecin est celle qui consiste à enfermer le malade dans un syndrome : "vous êtes colitique, vous êtes cardiaque"... Le jeune G... était sorti de l'hôpital avec une étiquette "épileptique". 15 centigrammes de GARDENAL par jour, pas de sorties, surveillance de tous les instants ... Pour aller plus loin, il était condamné à vivre en malade.

Le diagnostic ne posait aucun problème, la crise confirmée par l'électroencéphalogramme était sans aucun doute une crise comitiale. La logique entraînait le diagnostic final d'épilepsie. A partir de ce moment il suffisait de se tourner vers la correspondance thérapeutique et d'oublier ce malade.

L'examen clinique est primordial. Mais aboutir à un diagnostic précis n'est pas toujours un succès définitif. La partie n'est pas gagnée, car le malade est un tout, conscient et inconscient. La médecine de l'homme vivant, dans sa totalité est une médecine difficile, qui demande beaucoup de patience,

de persévérance et de don de soi.

Le malade ne se raconte pas toujours, ses troubles profonds sont inconscients, c'est alors que l'écoute revêt toute son importance. Il faut que ce malade communique avec lui-même car c'est lui seul qui par une démarche longue et difficile entrera dans son processus de guérison.

La médecine actuelle est de plus en plus orientée vers la chimiothérapie, le diagnostic électronique. La mode est au "Check up". Le malade brandissant la liste des résultats avec inquiétude, annonce : "On ne m'a rien trouvé".

En effet on n'a souvent rien trouvé qui soit vraiment anormal dans l'organisme vivant, mais on n'a considéré l'homme que dans sa réalité biologique et non dans son entité psychobiologique. L'agressivité milieu-malade est une autre difficulté à surmonter.

Cette agressivité du milieu peut se manifester dès la première enfance. Ainsi l'enfance du jeune G... dont l'observation a été citée est un bon exemple d'agressivité familiale; lorsque sa mère le voit redoubler sa classe de cinquième elle dit de lui : "c'est un cancre", puis elle lui répète : "n'as-tu pas honte avec une famille aussi brillante que la tienne de ne pas mieux travailler ?" ... et encore : "cravache, cravache"... autant d'incitations à l'agressivité chez un enfant par ailleurs enfermé dans le carcan d'une éducation extrêmement rigide.

de persévérance et de don de soi.

Le malade ne se raconte pas toujours, ses troubles profonds sont inconscients, c'est alors que l'écoute revêt toute son importance. Il faut que ce malade communique avec lui-même car c'est lui seul qui par une démarche longue et difficile entrera dans son processus de guérison.

La médecine actuelle est de plus en plus orientée vers la chimiothérapie, le diagnostic électronique. La mode est au "Check up". Le malade brandissant la liste des résultats avec inquiétude, annonce : "On ne m'a rien trouvé".

En effet on n'a souvent rien trouvé qui soit vraiment anormal dans l'organisme vivant, mais on n'a considéré l'homme que dans sa réalité biologique et non dans son entité psychobiologique. L'agressivité milieu-malade est une autre difficulté à surmonter.

Cette agressivité du milieu peut se manifester dès la première enfance. Ainsi l'enfance du jeune G... dont l'observation a été citée est un bon exemple d'agressivité familiale; lorsque sa mère le voit redoubler sa classe de cinquième elle dit de lui : "c'est un cancre", puis elle lui répète : "n'as-tu pas honte avec une famille aussi brillante que la tienne de ne pas mieux travailler ?" ... et encore : "cravache, cravache"... autant d'incitations à l'agressivité chez un enfant par ailleurs enfermé dans le carcan d'une éducation extrêmement rigide.

Aucune possibilité ne lui était offerte d'épanouir sa personnalité. Prisonnier de son travail et des tabous familiaux il subissait "sa caste ... en développant contre elle une agressivité sans cesse refoulée.

Le premier milieu que connaît l'enfant est sa famille. Un éminent philosophe et savant étranger a écrit : "il n'y a pas de personnalité s'il n'y a pas d'agressivité." C'est donc dans le premier âge qu'un enfant va commencer sa maturation. Mais cette maturation n'évoluera favorablement qu'en fonction de l'équilibre du milieu c'est-à-dire de la famille. C'est en son sein que son surmoi va commencer à s'ébaucher.

Les conceptions de la famille sont à notre époque bien diverses et se limitent souvent à la réunion sous un même toit de plusieurs êtres liés par un hasard.

La famille se compose de parents et d'enfants. Les parents représentent deux pôles bien distincts, le père d'un côté personnifie l'autorité, la virilité, la puissance. La mère de l'autre côté personnifie l'affection. Mais les deux pôles doivent avoir dans l'éducation de l'enfant un rôle commun et uni. L'enfant ne comprendra pas qu'un père soit absent dans le foyer, autrement dit que sa présence n'offre qu'un recours possible à l'autorité suprême. En dehors de cela le père est en communion avec la mère l'exemple à la fois sévère et bon. Sa présence est une présence active, aussi bien pour les récompenses que pour les punitions.

La mère est l'éducatrice permanente qui en union avec le père doit guider l'enfant vers son indépendance.

La présence active de ces deux personnages est indispensable pour la maturation de l'enfant dans une atmosphère de bien être et de sécurité.

La première forme d'agressivité que peut subir l'enfant est donc celle qui se manifeste au niveau de la famille.

Sans parler des couples désunis où l'intérêt des enfants n'est pas pris en considération, il est des couples que l'on peut presque qualifier d'artificiels. Le père subvient aux besoins matériels de sa famille, mais la mère a la charge complète de l'éducation des enfants.

L'absence d'un des éléments du couple est alors pour l'enfant une source de déséquilibre. Ne se sentant pas guidé, compris, écouté, l'enfant développera souvent contre son père une agressivité que celui-ci souvent ne comprendra pas, ayant pour lui, "fait ce qu'il fallait", pour rendre ses enfants heureux.

Le développement harmonieux de l'enfant est lié à l'harmonie du couple et par là même à l'harmonie de sa famille.

Un milieu équilibré est donc essentiel pour la maturation normale d'un enfant. La lente formation du sur-moi ou moi idéal est la résultante de tous les acquits de l'enfance, intégrés à partir des expériences vécues.

Si ces acquits, ces expériences vécues sont de caractère coercitif, le sur-moi deviendra une contrainte pour le moi qui ne pourra plus se développer.

Au contraire l'absence de sur-moi ne peut plus permettre l'évolution vers l'autonomie du moi donc de la personnalité propre de l'individu.

Ainsi l'éducation, dans la mesure où elle ne réfreine pas systématiquement l'agressivité de l'enfant mais lui permet de s'exprimer en orientant son agressivité est un facteur essentiel de l'évolution.

Plus tard c'est au stade de l'école que se manifeste l'agressivité du milieu :

Le maitre autoritaire qui ne tient pas compte de la psychologie de l'enfant.

La théorie du rendement et de la valeur intellectuelle de l'enfant.

Ne pourrait-on pas considérer dans les théories actuelles de l'éducation le principe de l'orientation comme une agression pour un enfant souvent aux prises avec des difficultés familiales insurmontables et qui ne peut dans les conditions qui lui sont offertes développer sa personnalité et son intelligence ?

Il n'est pas besoin de parler du milieu professionnel pour retrouver encore toutes les formes d'agressivité.

Le Docteur HELD, dans un exposé sur la prolifération automobile et les troubles psychofonctionnels parlait de l'agressivité de l'automobiliste et terminait par ces mots : "l'agressivité dans la circulation parisienne est exaltée par une démultiplication de la force physique du conducteur, donc de ses possibilités de violence, donc de l'obligation où il se trouve d'employer et de gaspiller une partie de son énergie nerveuse à réfreiner son activité, donc à en retourner une bonne part sur lui même. Il y a un déséquilibre entre cette remontée animale pulsionnelle démesurée et ses modes d'expression, d'évacuation par des canaux naturels. Il y a un blocage des potentiels d'énergie nerveuse considérable, un retournement sur soi même.

Il n'est pas moins vrai, qu'à bas bruit s'établissent de nouveaux circuits pathogènes, qu'à bas bruit nos viscères "prennent le coup" lorsque ce trop plein d'énergie nerveuse ne peut pas être évacué et que ceci peut être à l'origine de quantité de troubles, ... de maladies psychosomatiques".

En fait dans le cas qui nous intéresse c'est la circulation parisienne qui est le milieu, source d'agressivité.

L'agressivité du milieu et celle du médecin représentent deux difficultés; mais elles ne sont pas insurmontables. Comment agir sur ces facteurs ?

Le problème du médecin vient de l'éducation reçue tant à la faculté que dans sa famille. Pour surmonter son agressivité

propre il doit d'abord y être préparé; bien sûr les exigences de travail sont telles que l'état nerveux du médecin est souvent mis à l'épreuve, la multiplicité des actes et leur diversité; la série toujours augmentée des travaux paperassiers, font qu'à la longue l'effort de concentration devient difficile voire impossible. Connaître son malade c'est d'abord l'examiner, prendre en note les résultats des examens complémentaires, mais c'est encore et surtout l'écouter.

Cela exige de la part du médecin un effort constant, un don total de sa personne à tous les instants de sa vie professionnelle.

Connaître son malade c'est aussi connaître le milieu dans lequel il vit. Chacun sait combien l'entourage du malade revêt d'importance dans la survenue de certaines maladies et dans l'évolution même de ces maladies. C'est pourquoi la connaissance du milieu a autant d'importance; le traitement du malade comportera dans certains cas une action sur ce milieu, pour obtenir une coopération active par exemple.

Arrivé au coeur du problème, il est indispensable que le médecin s'implique dans la guérison de son malade.

Le malade vient voir son médecin comme un sauveur. Il attend de lui un geste thérapeutique, une décision de traitement. Il lui apporte sa maladie.

La solution de facilité est toute préparée pour le

médecin. Le diagnostic de la maladie en cause est fait, il renvoie le malade avec un traitement et quelques bonnes paroles, ou bien la "maladie", la somatisation n'a pas encore entraîné de troubles profonds, et alors il dirige le malade vers un psychanalyste ou un psychiatre en lui disant "je ne peux rien pour vous, votre maladie est nerveuse".

Et voilà le malade abandonné, désorienté et qui a perdu confiance. Pour lui on n'a pas admis sa maladie, on a refusé de le croire; on l'a pris pour un malade imaginaire, on n'a pas voulu l'accepter.

L'implication est un engagement, une participation. Et c'est là un des devoirs du médecin de s'impliquer dans la guérison de son malade en commençant par un abord du malade, en ne le rejetant pas à priori, c'est à dire en évitant de l'enfermer dans sa maladie.

La participation n'est pas synonyme de destruction, de rejet, mais au contraire prendre part c'est être impliqué, poursuivre une oeuvre créatrice.

Le malade ne doit pas être un épileptique, un colitique, un asthmatique, un ulcéreux. Au contraire c'est un être vivant qui a une maladie, une épilepsie, une colite, un asthme, un ulcère.

A partir du moment où l'on admet ce point de vue différent, il est facile de comprendre qu'une partie de la thérapie-

tique va avoir pour but d'obtenir la participation du malade pour le guérir. Le malade aussi doit s'impliquer dans son processus de guérison.

Il est évident qu'ici on ne doit pas envisager les cas particuliers et nombreux des atteintes infectieuses par exemple où le diagnostic étiologique étant posé, le traitement est clair, précis et unique et la guérison dépend presque uniquement d'une thérapeutique bien conduite.

Dans d'autres cas, la chimiothérapie est souvent insuffisante et ne constitue pas à elle seule la totalité du traitement. Le but n'est pas atteint : ce but c'est la guérison du malade, cette guérison totale que cherche à obtenir tout médecin.

Si le malade n'est pas enfermé dans un cadre nosologique, si la maladie n'est pas un élément inhérent au sujet mais au contraire participe d'un fait extérieur au sujet lui-même, il est nécessaire que le malade en prenne conscience.

La prise de conscience du fait - maladie - nécessite un retour en lui-même, une vision des choses toute différente. C'est le malade qui participe et pour ce faire, qui communique avec lui même.

Ce terme implique deux processus de pensée.

Le premier d'après l'étymologie est une mise en relation. Le ça et le moi de la terminologie Freudienne s'articulent. Le ça ne souffre plus indépendamment de la personne consciente, mais au contraire le moi entre en relation avec le ça, prend

conscience du ça.

Secondairement le moi est capable de comprendre et d'expliquer, de retrouver lui-même l'étiologie, donc de faire connaître et réaliser le pourquoi de la maladie.

Toute la difficulté réside en fait dans ce premier pas qui est la communication avec soi-même. Un des fondements de l'agressivité humaine est la non acceptation par les hommes de ce qu'ils sont. S'accepter soi même, accepter ce que l'on est et ce que l'on représente est parfois difficile et même désagréable.

CHÂPITRE IV

1. ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐

L A M A T U R A T I O N

 **Background**
 **Research**
 **Design**
 **Analysis**
 **Interpretation**
 **Conclusion**
 **Recommendation**
 **Summary**
 **Discussion**
 **Conclusion**
 **Summary**

Etre malade, s'est identifier à la personne malade, donc accepter la maladie comme un état nouveau et imprévu de l'être. Le malade est un être qui subit l'évènement, qui reste passif devant le fait qui lui est propre. L'homme qui est malade ne s'accepte pas en tant qu'homme ayant une maladie. Il la vit, plus, il est la maladie, il la personnifie en quelque sorte. Le vécu est méconnu, l'instant présent s'arrête, la vie stagne.

Ainsi le jeune G... "était épileptique", François L... "ulcéreux". L'agressivité bloquée de ces patients les avait enfermés dans un syndrome et le traitement proposé alors verrouillait la sortie !

Cette communication avec eux mêmes, ils l'ont admise
différemment.

Francis L... s'est accepté après de longues années pendant lesquelles son agressivité et son blocage persistaient. Mais dès qu'il a prononcé cette phrase : "ce fut une délivrance pour moi" en parlant de la mort de son père, il a fait le premier pas. Il s'est accepté comme tel avec toute l'agressivité

qu'il avait pour ce père qu'il ne supportait plus depuis longtemps. En défoulant son agressivité il est entré dans la première phase de guérison et lentement mais difficilement, il a opéré un retour sur lui même. Cette agressivité rentrée bloquée pendant de longues années, éclatait d'un coup, et par là même s'amorçait sa guérison.

Très vite le jeune G... est passé au contraire au défoulement : il venait décharger son agressivité à l'hôpital même; les invectives s'adressaient à toutes les personnes connues qu'il y rencontrait.

L'idéal qui était à l'origine de son comportement scolaire s'effaçait peu à peu.

Lorsqu'il a échoué à son concours d'entrée en Sciences Politiques, (jamais auparavant il n'aurait supporté cet échec), il s'est accepté. L'échec n'était pas destructif mais devenait un fait d'expérience constructif.

Il était capable d'analyser avec calme les événements, de les comprendre. La réaction d'agressivité fait place à l'acceptation presque sereine.

La vie psychique reprend. L'instant présent est remplacé dans la vie réelle, avec la connaissance du passé, les modifications que lui apporte l'expérience, et il est tourné vers l'avenir.

Voici relatée une observation qui illustre cette évolution d'une malade par la communication. A la première consulta-

tion, la malade était très agressive et s'adressa au médecin en ces termes :

"J'en ai par dessus la tête de consulter des médecins. Ils me disent tous que je n'ai rien, et pourtant voilà des mois que je ne peux pas manger normalement, je vomis dès que j'ai mangé. Ils m'ont fait des radiographies, des prises de sang, et ma vésicule est normale, je n'ai pas d'ulcère à l'estomac, pas de cancer, mais alors qu'est-ce que j'ai ? Je ne suis du genre à me plaindre, jusqu'ici je n'ai jamais été malade, j'ai beaucoup travaillé, je ne comprends pas ce qui m'arrive. J'ai peut-être une maladie qu'on ne connaît pas encore".

L'agressivité et l'angoisse de la malade sont ses premiers moyens de contact. Elle apporte ses symptômes, mais peu à peu les dépasse et le "peut-être" est presque une demande de prise en considération. Les résultats tant de l'examen clinique que ceux de laboratoire ne décelaient aucune anomalie. La malade ayant été rassurée dans un premier temps, fut orientée immédiatement vers un autre système d'investigation : il lui fut demandé de parler de son père. Elle devint alors très volubile :

"Je ressemble beaucoup à mon père et je crois que c'est très important. Il est mort quand j'avais dix ans. Comme moi c'était un être qui ne se plaignait jamais; il supportait tout sans rien dire et pourtant il était d'une sensibilité extrême comme moi. La veille de sa mort, il m'a appelée avec mes soeurs et il nous a parlé à chacune séparément. Ainsi il m'a dit : tu

vois, je crois que tu me ressemble beaucoup, tu auras la vie difficile comme moi, tu ne diras jamais rien, tu ne te confieras pas, je crois que tu souffriras comme moi".

La malade en se remémorant ces souvenirs pleure un instant. Cette sorte de fatalité qu'elle évoque a entraîné chez elle une certaine résignation ; d'une part elle s'identifie à l'image que son père faisait d'elle, évitant ainsi d'assumer sa propre vie; elle est objet du destin. Décrivant les scènes qui ont suivi la mort de son père, elle témoigne alors d'une grande faculté d'évocation, qui montre encore une fois un blocage entre le présent et le passé, vécus en même temps mais sans lien direct.

Progressivement au cours des consultations suivantes, le blocage tend à s'atténuer. La malade commence à s'impliquer peu à peu.

Dans son travail, on exigeait d'elle un rendement élevé, et une surveillance constante de la part de son chef de service entraînait chez elle un état de tension psychologique anormal. Des douleurs au niveau du plexus solaire avaient précédé une réduction de l'alimentation puis des nausées, enfin des vomissements. La malade se comportait alors comme un objet, subissant son travail, et les personnes de son entourage. Mais le schème du passé s'estompait au profit du présent non assimilé encore. Elle était au stade de l'inertie dont Jung disait "qu'il est une

puissance attractive écrasante, dans le flot de laquelle chacun se cramponne à son voisin, tous s'entraînant les uns les autres".

Dans les entretiens suivants, son moi apparaît comme objet relatif aux autres.

"Je suis heureuse, dit-elle, quand je vois tout le monde heureux, je n'ai jamais pensé à moi; si je n'ai pas d'enfant, c'est parce que mon mari n'en a pas voulu, mais je ne lui en ai jamais parlé. A quoi bon ? Il a sûrement ses raisons. Je voudrais être parfaite, avoir une voix calme, posée, mais je sens l'agressivité dans ma voix. L'égoïsme est une qualité, et je voudrais être égoïste, mais je ne pense qu'aux autres. Il y a deux personnes en moi, celle extérieure qui est belle, et celle intérieure que je combats. Au fond je cherche l'estime des autres.

Je change maintenant, je pense à moi, je me soigne le visage. Avant je pensais toujours aux autres mais par égoïsme. Hier il y avait des amis à la maison, je les ai laissés pour aller me reposer. Je n'aurais jamais fait cela avant. J'étais pleine de principes. En fait, je ne faisais jamais ce que j'avais envie de faire, mais je me conduisais comme je pensais que les autres attendaient que je me conduise. J'avais toujours l'impression de ne pas bien faire les choses. En fait, je manque beaucoup de confiance en moi. Au fond c'est peut-être de l'orgueil. J'ai sans arrêt besoin qu'on s'occupe de moi. Je trouve

que mon mari ne me comprend pas. Je voudrais qu'il soit plus expansif et plus compréhensif. Hier par exemple, j'ai été très désagréable, j'ai cherché à l'agacer comme une petite fille, mais il est calme et je l'admire. Je sais bien que c'est mal ce que je fais, mais vous ne me dites jamais si c'est bien ou mal. Comment voulez-vous que je m'en sorte ? Je ne peux pas demander à mon mari, je suis une malade. J'ai besoin de quelqu'un qui me dise si ce que je fais est bien ou mal.

Mon mari, c'est ma raison de vivre; quand il s'en va, je ne mange plus. Je fais tout par amour, la vaisselle, la cuisine, la lessive. Je suis fidèle comme ma mère. Quand vous pensez qu'elle a toujours porté le deuil de mon père. Jamais un sourire. Comme j'étais très sensible, sa douleur me faisait de la peine, et je m'efforçais de ne pas m'amuser. Je vous ai dit que je n'aimais pas le cinéma; ce n'est pas vrai, mais jamais nous n'allions au cinéma et pour me consoler, je me suis toujours dit que je n'aimais pas le cinéma. Ma mère était très dure avec moi, j'en ai souffert mais je la comprenais".

La patiente demande un appui, elle voudrait être rassurée. Son moi encore relatif aux autres est vacillant, fragile. A la consultation suivante, le discours ayant le moi pour objet devient de plus en plus facile.

"Aujourd'hui je me sens très bien, je suis allée chez le coiffeur. Comment me trouvez-vous ? Vous ne me répondez ja-

mais. Je me suis posé bien des questions. J'espérais trouver quelqu'un qui me dise si je suis bien ou mal quand je me transforme".

- Pourquoi voulez-vous être notée ?

" C'est vrai, je suis toujours comme une élève, j'ai toujours besoin qu'on me juge. J'ai toujours besoin de connaître ce que les autres pensent de moi".

- Ne pensez-vous pas que vous êtes la mieux placée pour voir et sentir si vous allez mieux ?

" Je comprends ce que vous voulez dire. Avant j'attendais que l'on me dise; fais ceci, fais cela. C'est bien c'est mal; vous m'apprenez à mieux me connaître, à connaître mon corps, ma respiration, mes nerfs, et je comprends que c'est à moi de ressentir et de me façonner. C'est à moi d'être active et de ne pas recevoir passivement. C'est formidable ce que je me sens bien dans ma peau aujourd'hui. Je me rends compte que seuls ma personnalité et mon jugement ont de l'importance. Je ne suis jamais moi-même. Personne ne peut savoir que bien souvent, je dis le contraire de ce que je pense, pour paraître plus forte. C'est un masque, je ne veux pas faire de peine. Alors je prends tout sur moi, je me renferme. En fait quand j'y pense, j'ai l'impression que j'aime bien me faire mal; je vais chercher des choses vieilles de vingt ans. Cela justifie le fait que je me sente malheureuse".

La prise de conscience des problèmes personnels, l'acceptation de l'existence d'une contradiction entre l'expérience immédiate et le moi, ouvrent la voie de la communication. La malade reconnaît sa dépendance; son moi est mieux accepté, non plus comme étranger mais propre. Elle recherche activement les faits de sa vie passée et ne les subit plus. Ce qui était extérieur à elle la concerne maintenant. La malade poursuit sa recherche :

"En fait, si je suis malheureuse, c'est parce que cela ne va pas bien avec mon mari. Voilà trois ans que nous n'avons plus de rapports sexuels, et je ne sais pourquoi. Ils sont devenus de plus en plus rares, puis mon mari ne m'a plus rien demandé. Voilà trois ans qu'il ne me demande plus rien. Mon mari, vous savez, est très peu expansif. Quand je lui dis quelque chose, il me répond : on verra; ça me coupe tout élan, et je me renferme et ça me serre au plexus. Je sais que je devrais le prendre comme il est, je l'adore. C'est moi la coupable.

Vous savez, je ne lui ai jamais rien dit, je ne me suis jamais plainte, jusque là, je n'avais jamais accepté de parler de moi. J'étais bavarde tant qu'on ne parlait pas de moi. Maintenant je comprends que c'était un tort. En vérité je ne suis pas du tout comme je paraissais, douce passive. Je ne suis pas comme j'essaie de me montrer. Il y a des tas de choses qui m'irritent à la maison et au travail, par exemple : mon mari ne fait jamais rien à la maison, il n'est pas bricoleur,

mais il aime la propreté. C'est moi qui lui retourne ses chaussettes tous les matins. Une intellectuelle pourrait bien faire ces choses-là, mais moi, j'ai besoin qu'on me complimente. Je ne dis rien, mais souvent je me sens hargneuse avec les gens, avec mon patron évidemment, et parfois avec mon mari, et j'ai envie d'être égoïste. Voyez-vous, Docteur, le postulat de base de ma vie était : il faut plaire. Il faut que je plaise et c'est bien ça qui m'a rendue comme cela. Je me suis toujours contrariée profondément pour plaire. C'est pourquoi je n'ai jamais été satisfaite. Mon mari est un être peu expansif, mais je crois que je suis aussi très responsable, car je n'ai jamais essayé vraiment de m'exprimer".

L'affirmation par la malade de sa responsabilité montre que le blocage se réduit, que la communication s'établit. Le comportement ancien ne lui est plus étranger, elle se sent concernée. Les contradictions et les incohérences sont acceptées. A partir de ce moment s'établit une écoute profonde entre la malade telle qu'elle voulait être et la malade telle qu'elle est en réalité, telle qu'elle s'accepte.

"C'est curieux, je n'avais jamais envisagé les choses comme cela. Maintenant, j'ai l'impression que la tension dans laquelle j'ai vécu jusqu'ici, avec cette douleur au plexus, était due à des causes extérieures à moi-même. En fait ce n'est pas vrai. Simplement, j'utilisais tout d'une certaine façon. Quand je suis revenue en France après trente quatre ans

passés au Maroc, j'ai beaucoup souffert d'être éloignée de ma famille dans un pays qui me semblait hostile, où je sentais qu'on nous rendait responsables de la faillite de la France en Afrique du Nord. J'aurais du répondre, expliquer, nous défendre, mais je ne répondait rien et cela me faisait mal.

Ou bien je me défendais bêtement, avec passion, et je me le reprochais après. C'était pareil au bureau; j'ai toujours été apparemment soumise, voulant tout faire parfaitement alors que c'était impossible, parce que mon chef de bureau est un être malade, jamais satisfait, jamais content. Au fond, cela me faisait plaisir de me dire que les autres étaient responsables, que j'étais une victime. Maintenant, Docteur, je sens qu'il faut que cela change. Je ne veux plus sans arrêt m'en référer aux autres, je veux devenir autonome, indépendante, et pour cela, il faut que j'apprenne à m'exprimer. Pour commencer, je vais changer de travail; je ne veux plus supporter cette ambiance, je ne veux plus supporter mon patron. Tant pis, je vais le dire à mon mari. Et puis je vais demander à mon mari pourquoi nous n'avons plus de rapports sexuels; cela me manque terriblement, je ne comprends pourquoi je n'en ai pas parlé, depuis longtemps. En fait si, je le comprends bien : il fallait que je sois parfaite, que je souffre en silence, que je sois une victime passive. Je sens bien maintenant que j'ai envie d'être moi-même. J'en ai assez de tout rentrer, de tout ruminer, au fond cela me rend agressive et comme cette agres-

sivité, je ne voulais pas l'exprimer, elle se retournait contre moi..."

Cette série de grandes décisions montre que la patiente entre dans la peau de son vrai personnage : le personnage qu'elle était s'efface, elle le rejette volontairement; la communication est parfaitement "établie", si l'on peut se permettre cette expression. Son moi objet disparaît au profit d'un moi sujet, moi agissant, image de la vraie structure de l'être.

... Je comprends bien maintenant que si mon mari me considère comme une petite fille, c'est au fond de ma faute, c'est l'image que je lui ai donnée. Je n'ai pas tellement cherché à communiquer avec lui, à lui dire ce que je pensais vraiment, et pourtant je suis sûre qu'il est capable de comprendre, je suis sûre qu'il m'aime, mais il se comporte avec moi d'après l'image que je lui donne. Que de temps perdu, heureusement que mon corps a réagi et m'a forcée à me faire soigner, car jamais je n'aurais pris conscience de tout cela.

Cette évolution, qui s'accompagnait d'une détente physiologique, s'est faite progressivement en plusieurs semaines. Les comportements relativés disparaissant, le sujet est entré dans sa propre histoire, acceptant ses bons et ses mauvais côtés; la personnalité devenue cohérente a retrouvé son autonomie. Le passé, le présent et l'avenir ne sont plus vécus indépendamment mais s'articulent dans un moi conscient qui

maitrise à nouveau son temps existentiel. La communication avec soi-même est une oeuvre vivante de tous les instants, faisant partie de l'être responsable qui assume son passé, vit son présent et regarde son avenir. Cette mise en présence des moments de l'être est l'essence même de la maturation permanente.

La guérison viendra après cette reconquête de soi, exprimée par Eliane Amado Lévy Valencie sous la forme du temps restauré et de l'autre retrouvé :

"Le malade n'est plus le prince ensorcelé des demeures immobiles où l'horloge s'est figée dans le marbre des stèles, le rouet assoupi sous les doigts apesantis. Il rouvre les yeux sur les mouvances du jour, et conscient d'une urgence à vivre puisqu'il est mortel, se hâte vers les tâches quotidiennes et vers l'oeuvre qui l'attend. Sa préhistoire n'est plus un massif, mais un patrimoine ; ce qui s'actualisait dans le symptôme va pouvoir être intégré au temps de tous les jours ... les souvenirs narcissiquement vécus ne masqueront plus le visage de l'autre. Le désir dévorant de régner seul n'acculera plus le sujet à de mortelles solitudes ... On a pu dire que le malade était une menade solitaire, qu'il ne communiait plus, la guérison en restituant au moi les clés de sa propre histoire fait qu'il dépend de plus en plus de lui-même, et s'ouvre progressivement aux ressources d'autrui".

La communication cependant se heurte à certaines difficultés, les conflits.

FREUD écrit dans son "introduction à la psychanalyse" : Pour qu'une privation extérieure devienne pathogène, il faut qu'il s'y ajoute une privation intérieure", et explique ensuite le mécanisme du conflit : "La privation extérieure écarte telle possibilité de satisfaction, la privation intérieure voudrait écarter une autre possibilité, et c'est à propos de ces possibilités qu'éclate le conflit". Cette méthode d'exposition implique "la probabilité qu'aux époques primitives du développement humain les abstentions intérieures ont été déterminées par des obstacles réels extérieurs".

Ainsi les abstentions intérieures, le "veto" rend toute satisfaction impossible. Mais cela s'adresse uniquement à la non satisfaction de la libido, et la névrose qui résulte de cette non satisfaction est aussi l'indice de l'absence de maturation et de dépassement du conflit. Le passage de l'adolescence à l'âge adulte n'est pas toujours heureusement l'origine d'un conflit définitif et insurmontable.

Les conflits se retrouvent à tous les âges de la vie et ne participent pas tous de la sexualité bien que les problèmes sexuels se surajoutent souvent aux autres.

"La vie psychique" écrit FREUD, "est constamment remuée par des conflits dont il nous incombe de trouver la solution"

et c'est là une des qualités essentielles de la personnalité qui communique avec elle-même : "Trouver la solution", c'est à dire prendre parti avec la connaissance de soi, décider d'une orientation, s'engager dans une direction constructive.

"Le symptôme" est l'aboutissement de "la voie détournée" empruntée à la suite de la non résolution du conflit.

Ainsi le conflit oedipien est pathologique lorsqu'il est mal intégré et mal dépassé.

Ainsi le malade ayant dépassé le stade des conflits originels va rencontrer sur tout le chemin de sa vie d'autres conflits. L'impossibilité d'en trouver la solution eux-mêmes, le manque de communication avec eux-mêmes, ne les mèneront pas toujours à la vraie et grande névrose. Mais la personnalité sera mal structurée. Elle communiquera par le symptôme et c'est ce symptôme qui l'amènera à consulter.

Le malade est fixé sur son symptôme qui est son langage du moment. Il est nécessaire de l'aider à dépasser ce stade en l'incitant à un retour sur lui-même.

Cette introspection est souvent perçue au premier contact comme inutile, incompréhensible. Nombreux sont les malades "sans problèmes" si l'on emploie un terme actuel. Et le but n'est pas d'en créer ou de rattacher à des interprétations tendancieuses un fait inopiné sans relation avec un trouble profond.

Mais les malades qui croient se connaître parfaitement sont aussi légion. Et c'est parmi ceux-ci que l'établissement d'une thérapeutique basée sur la connaissance de soi aura la plus grande chance de réussite.

Tel ou tel sujet refusera au départ cette démarche arguant du fait qu'il "se connaît bien" et par là même exprimera par un blocage une partie de son agressivité.

Mais tel autre, sans aussitôt entreprendre avec succès cette conversation intérieure, envisagera peu à peu les rapports qui existent entre sa vie intérieure et les faits de son histoire. La communication ainsi établie va permettre au malade de voir en lui-même, de s'analyser lui-même. Certains éléments de cette analyse lui paraîtront évidents ou inutiles, voire incompréhensibles. C'est alors à travers l'autre communication, celle du thérapeute avec son malade que le traitement psychothérapique va s'établir.

Mais cette thérapeutique est liée à l'existence de cette communication qui suppose la présence de deux interlocuteurs : le moi et l'autre.

L'autre dans le cas présent est la personne du thérapeute et pour le malade l'autre est celui qui l'écoute avec bienveillance. A travers cet autre et grâce à son appui, le malade va évoluer, approfondir sa connaissance propre.

Comme l'écrit FREUD dans sa correspondance avec FLIESS, "ma propre démystification passe par la conscience d'autrui,

autrui en est l'occasion, ou bien il est porteur d'une grâce éclairante".

Le sujet doit donc se sentir accepté par autrui et autrui n'est pas simplement le médecin. Autrui c'est l'entourage en général et en particulier les proches et la famille. Combien de malades disent "Personne ne croit que je suis malade". Ce refus de la manifestation du symptôme par autrui aiguise l'agressivité du sujet et l'évolution ne se fait plus alors vers une introspection mais au contraire vers une majoration du symptôme en question : ainsi la non communication enferme le malade dans une impasse.

La communication avec autrui ne peut s'établir que si le sujet s'accepte lui-même, avec ses défauts et ses qualités, tel qu'il est aux yeux d'autrui et non sous le jour qu'il espère apparaître. Autrui n'est plus l'étranger ignoré, mais le second personnage du dialogue présent c'est à dire de la vie présente. Le processus de pensée du sujet n'est plus uniquement basé sur les exigences personnelles mais s'établit dans un climat de non agressivité, c'est à dire de dialogue. Autrui n'est plus l'ennemi, mais celui qui regarde, qui voit, qui juge la vérité dans toute sa nudité et parfois sa brutalité désagréable.

Lorsque Francis L... a "communiqué", établi un dialogue avec son médecin, il ne s'est plus manifesté par ses troubles somatiques (ses nausées, vomissements et gastralgies). Tous ont

disparu. Il a par un retour en lui même reconnu son agressivité rentrée comme la cause profonde de ses troubles. Il a assumé sa personnalité telle qu'elle était, telle qu'autrui la voyait. La révision de son processus de pensée qui était entravée par le symptôme, a ouvert la voie de sa guérison.

Le processus de guérison n'est pas immédiat cependant. FREUD lui-même ayant essayé avec succès la méthode de suggestion sous hypnose écrivait "Elle pouvait être appliquée rapidement, beaucoup plus rapidement que la méthode analytique, sans imposer au malade la moindre fatigue, sans lui causer aucun trouble", mais il en constatait ainsi les lacunes et les échecs :

"Applicable aux uns, elle ne l'était pas à d'autres; elle se montrait très efficace chez les uns, peu efficace chez les autres, sans qu'on sut pourquoi. Mais ce qui était encore plus fâcheux que cette incertitude capricieuse du procédé, c'était l'instabilité de ses effets. On apprenait au bout d'un certain temps la récurrence de la maladie ou son remplacement par une autre".

La guérison immédiate n'était pas idéale et le fait d'obtenir la disparition d'un symptôme n'était pas une vraie guérison. La suggestion effaçait les signes extérieurs de la maladie mais n'intervenait en rien sur ses causes profondes.

ainsi il écrit lui-même à propos d'une malade : "J'avais ainsi réussi à supprimer complètement un état très grave à la suite d'un court traitement hypnotique ; la récurrence étant survenue à une époque où la malade m'avait pris en aversion, j'avais réussi à obtenir une nouvelle guérison plus complète encore lorsqu'elle fut revenue à de meilleurs sentiments à mon égard ; mais une troisième récurrence s'était déclarée lorsque la malade me fut devenue de nouveau hostile".

Le transfert d'agressivité avait eu lieu sur le thérapeute, mais la cause profonde de cette agressivité demeurait intacte. Le symptôme s'effaçait, la maladie était toujours présente. L'agressivité en réapparaissant apportait avec elle l'ensemble des signes somatiques qui l'accompagnaient.

Et FREUD concluait : "Des faits de ce genre nous obligent, qu'on le veuille ou non, à nous poser des questions concernant la nature et l'origine de l'autorité suggestive.

Comparant ensuite les procédés de suggestion hypnotique et de suggestion psychanalytique il écrit : "La première agit comme un procédé cosmétique, la dernière comme un procédé chirurgical". Mais peut-on admettre que le passé puisse être ainsi amputé de l'histoire de l'être ? bouleverser ainsi chirurgicalement un sujet c'est lui retirer une partie de lui même, un élément de sa propre personnalité qui lui appartient en propre.

Le vécu pathologique extrait ainsi entraînerait le malade dans l'ébauche d'une nouvelle évolution.

Au contraire, la psychothérapie n'extrait pas le "mal originel", son but est d'amener le sujet à prendre conscience de l'importance de ce mal dans son évolution, à l'accepter comme tel. Mais à ce stade et même si le sujet a conclu lui-même à la grande importance de ce "mal" dans son évolution, il n'en est pas pour autant guéri.

C'est dans la communication avec l'autre, c'est à dire le médecin qu'il va entamer son processus de guérison, c'est à dire sa maturation. Sa personnalité n'est pas détruite, disséquée, mais regardée sous un angle différent. La personnalité est modifiée, ses traits sont conservés et replacés dans le contexte de l'individu avec tout ce que cela comporte d'éléments particuliers et propres. Et c'est là le but de la guérison; mais c'est là aussi que les difficultés surgissent une nouvelle fois. "Trouver n'est rien, le difficile est de s'ajouter ce qu'on trouve" disait Paul VALÉRY. Les choses ignorées de son existence, qui subsistent dans son inconscient constituent cet apport nécessaire à la lente maturation de l'individu. Ce dernier n'est plus un élément passif, une charge pour autrui. Et grâce à l'aide de l'autre, reconnu comme tel, le sujet recrée sa personnalité avec tous les éléments qu'elle comporte, éléments conscients qui demeurent, éléments inconscients : ensuite intégrés : le sujet s'individualise et sa nouvelle

personnalité sera le résultat de cette individuation consciente.

Ayant reconnu l'origine de son trouble ou de la névrose, le sujet entame lui-même son processus de guérison. Le malade veut guérir, mais c'est à lui qu'incombe la plus grande partie de sa guérison. Et comme le dit G. CANGUILHEM : "C'est bien toujours parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies".

Ces hommes qui se sentent malades, il ne faut pas les traiter à l'aveugle, employer pour eux tous la méthode "cosmétique" ou "chirurgicale" de FREUD.

Les malades sont souvent semblables à des plantes aquatiques dont l'image est donnée par BERGSON : "Elles montent à la surface, sont ballotées sans cesse par le courant; leurs feuilles se rejoignant au dessus de l'eau, leur donnent de la stabilité, en haut, par leur entrecroisement". Mais cette stabilité n'est souvent qu'apparente. La plante aquatique mal enracinée se trouverait tout à coup emportée par le courant, passive dans un ensemble qui ne tiendrait plus compte de sa présence, qui la rejetterait. Pour qu'elle demeure, qu'elle croisse, il est nécessaire qu'elle soit solidement enracinée. Alors elle trouve sa place dans le milieu qui est sien, elle fait partie active, vivante de ce milieu, elle n'est plus objet passif mais individu.

Le malade peut être comparé à cette plante mal enracinée, objet passif, guidé par le courant et qui ne comprend pas le sens de son évolution. Lorsqu'il fait l'effort de creuser au fond de lui-même, de jeter un regard vers ses racines, il a besoin d'un tuteur. Ensuite il peut se fixer, guidé par ce tuteur, supprimer les mauvaises racines ou les réutiliser de manière plus efficace. Il n'est plus objet mais individu. Solidement enraciné, fixé dans son milieu par des attaches solides et connues, il peut s'épanouir, s'individualiser.

Cette individualisation c'est l'ensemble des connaissances acquises par lui-même. Elles le rendent conscient des différences qui le séparent des autres. L'homme en tant qu'individu a besoin de se détacher de son narcissisme primitif. Dans la communication avec l'autre, il puisera en même temps la confiance et l'énergie nécessaires à cette nouvelle naissance.

Cette individualisation repose sur deux concepts essentiels : la communication, c'est à dire l'établissement d'un dialogue, et la volonté de guérir par le retour en soi même avec un souci profond de vérité.

Le traitement psychanalytique semble souvent ignorer l'individu, et en disséquant sa pensée, il ne lui demande pas de trouver lui-même la solution. On lui dit : "Voilà où est le mal". C'est "cet élément qui est la source de vos maux". A partir de là, en rejetant chirurgicalement cette partie de vous-

même, vous allez refaire le chemin inverse, c'est à dire vous rebâtir une personnalité. Le dialogue ressemble dans ce cas à deux monologues juxtaposés, ou plutôt à un monologue commenté et analysé. L'individu livre sa pensée à l'investigation du spécialiste. Il recherche en lui-même les éléments divers de son existence passée sans but précis, il ne les reconnaît pas comme néfastes. C'est le psychanalyste qui est seul juge de l'interprétation. C'est lui qui découvre dans l'offre du malade ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas. Il suffit pour s'en persuader de parcourir les quelques observations de M DE M'UZAN, P. MARTY et C. DAVID (dans l'investigation psychosomatique). La psychanalyse est alors conçue comme base de la psychosomatique, base nécessaire et indispensable.

A partir de cette affirmation, l'investigation est une forme de psychanalyse. Pour M. DE M'UZAN, la psychosomatique est une évolution logique de la psychanalyse.

L'entretien est constitué d'une série de questions destinées à faire apparaître les traits de personnalité du malade. Ce dernier ne communique pas avec autrui mais au contraire offre à l'investigateur ses pensées sans comprendre leur sens profond.

Le sujet ne saisit pas le but de l'interrogatoire serré qu'il subit, pas plus qu'il n'en soupçonne au premier abord la portée. L'interprétation du dialogue est faite à son insu ou dans des termes savants dont il ne saisit pas le sens. Se sent-il

vraiment pris en charge par le médecin ? N'est-il pas devant un oracle dont il attend et espère une guérison presque magique ?

La guérison psychologique est conditionnée par l'acceptation du contact, c'est à dire du dialogue.

Accepter ce dialogue, c'est comme l'écrit LELAND E. HINSIE dans sa préface à la connaissance de l'homme de ADLER, accepter de "se connaître et se comprendre soi-même, condition primordiale du bonheur", et il ajoute, "Ce qui est requis en l'espèce, c'est tout d'abord le désir sincère de se regarder aussi bien qu'autrui avec autant d'objectivité que peut nous en procurer l'observation quotidienne ..."

ADLER décrivait les difficultés du retour sur soi même ainsi :

"Supposons un homme qui se livre habituellement à telle ou telle faute. Même si l'on réussit à l'en convaincre, les résultats varieront. Il se peut que le sujet tire cette conclusion : il serait pour lui grand temps de se défaire de sa mauvaise habitude. Ceci se produira rarement. Un autre répliquera qu'ayant agi de la sorte depuis si longtemps, il ne saurait s'en désaccoutumer. Un troisième imputera la faute à ses parents ou d'une manière générale à l'éducation : personne ne s'est jamais soucié de lui, ou bien il a été traité avec trop d'indulgence, en enfant gâté, soit au contraire trop rigoureusement; quoiqu'il en soit, il en reste à son erreur. Les deniers trahissent ainsi qu'ils entendent bien à proprement parler, se

tenir à couvert. De la sorte, ils peuvent toujours échapper prudemment à une critique de soi-même, non sans justification apparente. Eux-mêmes ne sont jamais coupables; c'est toujours à d'autres qu'incombe la faute pour tout ce qu'ils n'ont pas atteint. Ils ne considèrent pas qu'ils ne font guère d'efforts pour combattre leur faute, que bien plutôt ils y persistent non sans ardeur, alors que la mauvaise éducation n'en est responsable que pour autant qu'ils le veulent bien. La complexité des expériences, la possibilité d'en tirer des conséquences diverses, nous laisse comprendre pourquoi un individu ne change pas sa manière d'être, mais tourne et retourne ce qu'il a éprouvé jusqu'à l'adapter à cette manière d'être. Il semble que ce qu'il y ait de plus difficile pour un homme soit de se connaître et de se transformer soi-même".

Pour se connaître, il faut s'accepter soi-même. Ce n'est plus une fuite éperdue en avant avec tous les risques d'embuches et d'accidents que cela entraîne. L'ignorance de soi-même mène bien au désastre dans le morcellement de la personnalité ou dans un narcissisme aveugle et improductif. L'homme n'est pas le jouet d'un déterminisme aveugle et insondable. Méconnaissant ses erreurs, il sent la fragilité de la direction qu'il a prise, le besoin de consolider son chemin.

"La causalité devient tout autre, les effets d'une expérience se transforment entièrement, si il y a encore en l'homme une force, un motif vivant, à savoir la connaissance de

soi, la compréhension de plus en plus prononcée de ce qui se trouve en lui et des sources d'où cela émane". Ainsi ADLER affirmait la valeur et la nécessité même pour l'homme de cette connaissance primordiale.

Avec le dialogue, le sujet parcourera le chemin nécessaire à cette connaissance de lui même, avec l'autre ou à travers l'autre. La recherche de la vérité avec pour bases l'observation et l'écoute de l'autre lui permettra d'approfondir les faits connus de lui-même, de les exprimer, de les intégrer dans sa personnalité.

La personnalité de l'autre n'est pas l'ennemi, l'adversaire. Elle doit s'exprimer librement et ne pas tomber dans les excès d'une éristique, qui ouvrirait un débat critique systématique.

La compréhension mutuelle est essentielle. Elle n'est pas compréhension bienveillante, vide et sans but précis, mais entente profonde visant un idéal identique, la recherche de la vérité dans la réalité de deux individus.

A ce propos JUNG écrivait dans "L'homme à la découverte de son âme":

"La compréhension; on ne l'oublie que trop, est un acte mental éminemment subjectif ; il peut être unilatéral, le médecin comprenant et non le malade; le médecin considère dans ce cas qu'il est de son devoir de convaincre le malade; si

celui-ci ne se laisse point persuader, il lui reprochera ses résistances. Or dans ce cas, c'est à dire lorsque la compréhension est unilatérale, je préfère parler, en toute tranquillité, d'incompréhension; car, au fond, il est assez peu capital que le médecin comprenne; en revanche tout dépend de la compréhension ou de l'incompréhension du malade; c'est pourquoi il faut tendre, bien plus qu'à la compréhension, à un plein accord réciproque, fruit de réflexions communes".

Le malade lui-même doit "en se développant se hisser à la vérité qui atteint le coeur, émeut l'être entier et jouit d'une toute autre efficacité".

Dans ces lignes est enfermé l'essentiel de la psychothérapie. Le malade ne se sent pas jugé, analysé au sens d'une décortication presque magique, mais aidé, compris, aimé

Se sentant aimé et par là accepté, il ne se retranchera plus derrière une façade. Il se livrera tout entier avec confiance. Les défenses qu'il opposait s'écroulent tout à coup et sa personnalité mise à nu est acceptée avec un grand sentiment de délivrance.

S'accepter soi-même c'est se considérer non plus comme une victime mais comme un individu, c'est à dire un ensemble psycho-biologique pensant capable d'évoluer au sein d'une société qui est la sienne.

Pour devenir l'"homme social" de ADLER, l'homme avec sa situation propre, c'est à dire "avec sa position dans l'en-

semble du monde et envers son proche entourage, sa position en face de questions qu'il rencontre sans interruption, comme celles de l'activité, de l'association, du rapport avec ses semblables", une maturation est indispensable. Cette maturation se fait souvent avec difficulté et en blocage à un âge quelconque de la vie peut être la source tardive d'une névrose.

Cependant par la communication avec lui-même et avec autrui, l'homme peut atteindre une autonomie presque parfaite et une individualisation consciente.

Le retrait dans la névrose est un moyen de dissimuler à autrui et de se cacher à soi-même une réalité refusée. Mais considérer chirurgicalement le cas d'une névrose c'est comme le dit JUNG "viser les seuls symptômes". On ne peut attendre la guérison que du traitement de la personnalité totale. Et voici reproduite une de ses observations à ce sujet :

"Il s'agissait d'un jeune homme extrêmement intelligent qui s'étant livré avec soin à une étude consciencieuse de la littérature médicale du sujet, avait composé une analyse circonstanciée de sa névrose. Il m'apporta le résultat de ses réflexions sous la forme d'une monographie remarquablement écrite, et, pour ainsi dire, prête à être imprimée. Il me pria de lire son manuscrit et de lui dire pourquoi il n'était pas encore guéri, alors que ses connaissances scientifiques lui disaient devoir l'être. Je dus lui avouer après lecture que,

s'il suffisait au malade pour guérir, de comprendre la structure causale de sa névrose, il devait incontestablement être délivré de ses maux. S'il ne l'était pas, cela provenait sans doute de quelque erreur cardinale concernant son attitude générale à l'égard de la vie et située apparemment en marge de l'étiologie symptomatique de sa névrose. J'avais appris dans son anamnèse, non sans surprise qu'il passait souvent l'hiver à St Moritz ou à Nice; je lui demandai qui subvenait à ses séjours et il apparut alors que c'était une pauvre institutrice qui l'aimait et qui économisait sur sa nourriture quotidienne l'argent nécessaire aux villégiatures du jeune homme. C'est dans cette amoralité que résidait le motif de sa névrose; elle expliquait en outre l'inefficacité de la compréhension scientifique. La faute de principe réside ici dans l'attitude morale".

Le malade ainsi révélé à lui-même n'aurait pas évolué dans une conception scientiste et matérialiste de la personne. Il admettait cette situation comme normale mais inconsciemment sa morale lui refusait l'acceptation totale. L'étude de son cas précis étant entachée d'erreur à l'origine car il ne se connaissait pas lui-même. La communication avec l'auteur l'a brutalement placé dans la réalité et d'emblée il opposa un refus. Pour lui, il n'y avait "pas de conflit puisque celle qui l'aimait lui donnait volontiers son argent".

JUNG ajoute plus loin : "plus les crevasses de la surface

se multiplient, et grandissent, plus dans les profondeurs s'affermir la force de l'UN."

Au contraire d'un refus de la réalité, la névrose doit être une manifestation naturelle d'un désordre, signal d'alarme, qui doit entraîner l'individu dans une recherche de la connaissance profonde de lui-même.

L'origine de la névrose se trouve au trefonds de l'être; à lui seul appartient la guérison. Sa réflexion l'amène à reconsidérer son être dans ses plus infimes détails. Il prend conscience de ses problèmes propres, accepte les origines de ses troubles. Cette marche en arrière est nécessaire à la préparation d'un nouveau bond en avant jusqu'au présent, à la maturation permanente.

La psychothérapie donne le départ d'une pleine compréhension de soi. Elle engage le mécanisme et suit l'évolution tout au long du retour en soi - même et de la maturation ensuite.

Comme l'écrit JUNG, "nous ramenons ici le malade au code de la vie qui lui est propre". La voie des assimilations successives conduit bien au-delà du succès curatif intéressant spécialement le médecin; elle-même en définitive vers ce but lointain qui, motif peut-être primordial, occasionna la vie, je veux dire vers la réalisation pleine et entière de tout l'individu, l'individuation".

Tous les malades ne sont pas justiciables d'une investigation approfondie, bien que l'essentiel de la tâche du médecin soit de connaître ses patients et de s'impliquer dans leur guérison.

La modernisation et la multiplication des moyens d'investigation permettent à l'heure actuelle de faire des bilans somatiques presque complets. La connaissance de plus en plus approfondie de la physiologie permet souvent de détecter à leur début des évolutions morbides jusqu'alors mal connues. La médecine biologique se développe rapidement, parfois aux dépens de la Médecine elle-même, et le serment d'Hippocrate prêté avant l'exercice est parfois une simple formalité dont on oublie au plus vite le vrai sens. Le malade est une personne, fragilisée par la maladie, et qui cherche un secours, un soutien. Un bilan somatique est nécessaire et même indispensable pour éliminer et traiter certaines affections. Mais le contact du médecin avec son malade est tout aussi indispensable.

CONCLUSION

g(red) *d*(blue) *e*(green) *f*(purple) *c*(yellow) *b*(orange) *a*(pink)

VERS L'EVOLUTION DE LA RELATION MEDECIN-MALADE

Verfahren:

Qu'est-ce donc que la relation médecin-malade ?

C'est d'abord un contact, la rencontre de deux personnes, l'une qui demande, le malade, l'autre qui doit donner, le médecin. Dans cette situation, le but du médecin est d'obtenir la guérison de son malade. Pour cela, il est nécessaire, après avoir éliminé une affection somatique, justiciable d'un traitement précis et bien codifié, d'aller plus loin. Le contact est parfois obtenu rapidement, mais souvent il est nécessaire de revoir plusieurs fois le malade avant de franchir ce pas. On peut dire que ce contact est bon lorsque il s'est établi entre les deux personnages en présence, un climat de confiance. Le patient à ce stade sort de son symptôme, qui l'a amené à consulter, et amorce une approche de ses problèmes profonds. Le médecin est plus qu'un confident, car la demande du malade est toujours présente : il veut être pris en charge et le but poursuivi, la guérison, est toujours le même. Mais la démarche pour y accéder demande d'autres conditions encore.

Lorsqu'il y a contact, il y a déjà une confiance de la part du malade. Afin d'aller plus loin, au fond des choses, il

est nécessaire que s'établisse une relation sur le mode du dialogue : non pas un dialogue de sourds, dans lequel les deux personnes ne se comprendraient pas et ne poursuivraient pas les mêmes buts, ou un dialogue sur le mode du monologue écouté, avec plus ou moins d'intérêt. Mais une véritable relation dans laquelle le même but est recherché avec le même intérêt. L'écoute bienveillante de la part du médecin, et son implication dans la guérison de son malade sont indispensables.

Cette implication du médecin est un autre élément de la relation médecin-malade. Sans cette implication, il n'y a pas de vrai dialogue ni de communication authentique. La communication du malade dans la réacceptation de lui-même est subordonnée à sa communication avec son médecin. Le patient ne se sent plus jugé, décortiqué, mais accepté.

A partir de ce moment, le besoin de se cacher derrière une façade disparaît. Il ne se sent plus épié et jugé, mais ses défauts, ses comportements les plus bizarres, ses rêves les plus absurdes peuvent être écoutés et entièrement compris par un autre.

J.C. HODINT dans la revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale décrit une "psychothérapie brève d'un cas de céphalées chroniques":

"Le début du premier entretien que nous avons eu avec lui est presque tout entier fait de sa protestation vigoureuse dont les flots contribuent à nous faire perdre toute ambition

de le guérir ... Nous tentons en vain apparemment, de lui expliquer qu'une maladie psychosomatique n'est pas une maladie imaginaire et qu'il n'est nullement déshonorant d'avoir mal à la tête et des examens normaux. Il nous répond que, si les médecins n'ont pas réussi à faire de diagnostic, c'est par ignorance et que, s'ils lui ont tapé sur l'épaule en lui disant de s'écouter un peu moins, c'est parce qu'ils étaient en peine de lui fournir une explication valable. Nous lui suggérons que si les médecins dans son cas, ne le comprennent pas, c'est peut-être parce que lui-même n'a pas réussi à le leur exposer clairement. Il nous rétorque qu'il n'y a guère de moyens de parler à un médecin : celui-ci pose des questions auxquelles le malade ne s'attend pas et auxquelles il répond de façon imprécise parce qu'il est surpris. Cette imprécision irrite le médecin qui est pressé et dès que le malade veut faire une diversion vers ce qui l'intéresse, le médecin lui coupe la parole pour le ramener vers ce qui l'intéresse lui-même ..

Nous proposons alors à notre client de prendre la parole et de la garder aussi longtemps qu'il le voudra. Ayant ainsi déchargé beaucoup d'agressivité il se retrouve assez calme et même un peu perplexe, ce qui lui permet de perdre de vue ses symptômes et ses rapports difficiles avec le corps médical, pour entamer le récit de sa biographie non centré sur sa maladie ..."

Cette observation montre combien le contact et la com-

munication ont été rapides et efficaces puisque ce malade fut guéri en six séances de psychothérapie. La relation médecin-malade doit évoluer et respecter ce besoin du malade, "le besoin d'être écouté, d'être l'objet d'attention et de soins, donc d'être aimé".

Tenter d'obtenir une guérison, cela ne doit pas être guérir un organe malade, mais au contraire essayer d'obtenir la guérison d'un malade. Bien que l'électronique fasse chaque jour des progrès, jamais le malade n'y trouvera son compte. L'homme n'est pas et ne sera jamais une machine dans laquelle il suffit de réparer ou remplacer une pièce, l'homme est un tout organique et psychique. Ses exigences sont multiples; son organisme est souvent un moyen d'expression de son moi profond. Le médecin se doit de prendre cet ensemble en considération.

Le médecin doit encore être disponible. Cela signifie que sa bienveillance suivie de quelques minutes d'écoute ne suffisent certainement pas toujours et que le malade sort parfois de cet entrevue brève avec un sentiment d'incompréhension et même une impression de rejet. Or ces malades qui heureusement ne sont pas la majorité d'une consultation de médecine générale, sont des malades qui demandent un véritable contact.

La médecine actuelle, comme elle est conçue, ne tient aucun compte de la formation psychologique des médecins au niveau des études. Elle semble s'effriter en un morcellement

chaque année plus important de spécialités. La proportion des médecins généralistes qui sortent de la faculté diminue chaque année. Peut être est-ce du à une certaine hantise des responsabilités, ou plutôt à une insuffisance de formation générale.

L'important est de ne pas méconnaître la nécessité d'un abord sérieux du malade qui ne peut se réaliser en une consultation de quelques minutes. C'est au médecin généraliste d'avoir ce premier contact. A lui appartient le devoir de réaliser ce qui est souvent considéré comme une utopie; établir une relation profonde avec son malade, au delà du paternalisme bienveillant, et cela grâce à une meilleure formation psychologique mais encore et surtout grâce à une optique toute différente de celle de la facilité.

Le besoin du malade d'être écouté et d'être aimé fait partie d'un ensemble de demandes réunies par une seule et même demande : la guérison.

L'agressivité est à l'heure actuelle d'autant plus fréquemment à l'origine de nombreux troubles, que notre époque vit une accélération permanente, dans laquelle l'homme est ballotté, dépassé, traumatisé à tous les instants. Il n'a plus le temps d'opérer ce retour en lui-même, d'établir en lui un ordre et une réflexion. Son agressivité, il l'apporte au médecin sous un déguisement qui est la maladie.

Le médecin généraliste est souvent le premier médecin que rencontre le malade. C'est lui qui doit grâce à une formation

psychologique convenable, prendre son malade "en mains" et le guider vers la guérison.

Dans un monde où l'agressivité est souvent le seul mode de communication, tant sur le plan de l'action que sur celui des manifestations pathologiques rencontrées si fréquemment en consultation de médecine générale, le médecin doit garder sa vocation, qui est celle de guérir et non d'orienter.

Le point de vue offert par la médecine psychosomatique est celui qui correspond le mieux à la médecine générale, en gardant toujours en mémoire cette phrase du Professeur DELAY :

" Un psychosomaticien doit être d'abord un médecin de formation classique dont le réflexe est de penser les symptômes sur le plan de la physiologie, même si sa réflexion le mène à les repenser sur le plan de la psychologie".

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen,

M. le Professeur DUCHE

VU, le Recteur,

M. MILLET

CANGHILHEM G. - Essais sur quelques problèmes concernant
le normal et le pathologique.

(Thèse Strasbourg, 1943).

CATTAN R. - Pathogénie et traitement de la recto-colite hémor-
ragique. (Acquisitions médicales récentes. Paris 1953.
Flammarion).

DELAY J. - Introduction à la médecine psychosomatique (Masson
1961).

DE M'UZAN M. - Congrès de médecine psychofonctionnelle.
(Gastro-entérologie. Février 1970).

DURIET - The psychosomatic aspects of ulceration colitis.
(Acta Gastro-Entérologie belge. Septembre 1961).

ENGEL G.L. - Studies of ulcerative colitis : their psycholo-
gical aspects and their implications for treatment.
(American Journal digestive diseases. Avril 1958).

EY H., SAUGUET, DELAVELAYE - Etudes (1954).

FAIDHERBE J., ROGER J., GREY J., REGIS H., LOB H. - Facteurs
et situations psychologiques sous tendant l'auto-
stimulation chez l'épileptique. Contribution à l'étude
psychophysiologique de la crise épileptique.(Acta
neuro. psychiat. Belge. 1966).

FREUD S. - Introduction à la psychanalyse.

HELD H. - Congrès de médecine psychofonctionnelle.

(Février 1970).

JUNG C.G. - L'homme à la découverte de son âme.

KLOTZ P. - Congrès de médecine psychofonctionnelle.

(Février 1970).

KRAPFF E. - Physiogénèse et psychogénèse des états convulsifs.

(Evolution psychiatrique 1953).

LAIRY G.C. - La décharge convulsive réactionnelle.

(Evolution Psychiatrie. 1953).

- Epilepsie musicogénique (1955).

LHERMITTE et PUECH - Observation d'une épilepsie réflexe.

(1946).

MARGOLIN S. - Etude des fonctions gastriques au cours d'un

traitement psychanalytique. Contribution à une méthode de vérification des données psychanalytiques. (Société de psychanalyse de New-York. Janvier 1950).

POND et DE AJURLAGUERRA - Epilepsie pseudo-névropathique.

SAUGUET et DELAVELAYE R. - Rôle des facteurs psychiques dans les convulsions infantiles et les paroxysmes épileptiques au cours de l'enfance et de l'adolescence. (Ann. méd. psycho. 1963).

SEGUIN G.A. - Introduction à la médecine psychosomatique.

(Edit. l'Aube. Paris. 1950).

SPERLING - The role of the mother in psychosomatic disorders
in children. (Psychosomatic Medecine Nov. 1949).

STROTZKA H. - Problèmes psychologiques de l'épilepsie.
(Archiv. Suisses neuro et psychiatrie. 1955).

VALABREGA J.P. - Les théories psychosomatiques.
(P.U.F. 1954).

WOLF S., WOLFF H.G. - Human gastric function. An experimental
study of a man and his stomach.
(Oxford University Press. 1942).
